



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

IZADORA RODRIGUES DE SOUZA

**AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES
EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE**

SÃO CRISTÓVÃO – SE
2018

IZADORA RODRIGUES DE SOUZA

**AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES
EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao departamento de Serviço
Social, da Universidade Federal de Sergipe,
como um dos requisitos para obtenção do
grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho
Santos.

SÃO CRISTÓVÃO – SE
2018

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES
EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção da graduação de Serviço Social.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018.

Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Clarissa Andrade Carvalho

Examinadora

Prof.^o Me. Everton Melo da Silva

Examinador



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
SERGIPE



INTEGRADA
À HISTÓRIA
DE SERGIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ATA DE MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO JULGADORA DA MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO APRESENTADA AO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DA DISCENTE **IZADORA RODRIGUES DE SOUZA** PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL. Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de 2018, às 19:00 horas, na sala de reuniões do DSS da Universidade Federal de Sergipe, reuniu-se a Comissão Julgadora da Monografia em epígrafe, indicada pela chefe de Departamento de Serviço Social, com parecer favorável do Conselho do referido Departamento, composta pelos seguintes membros: Professora **Dr.^a Vânia Carvalho Santos** (orientadora da candidata), **Prof.^o Me. Everton Melo da Silva** (DSS/UFS) e **Prof.^a Dr.^a Clarissa Andrade Carvalho**, para examinar o trabalho da aluna **IZADORA RODRIGUES DE SOUZA** sob o título **“AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE”**. A orientadora assumindo os trabalhos na qualidade de Presidente passou a palavra a candidata para que ela expusesse sua monografia, informando que a mesma dispunha de 20 minutos para a apresentação. Terminada a exposição da aluna, a Presidente passou a palavra aos membros da Comissão Julgadora que iniciaram a arguição na seguinte ordem: **Prof.^o Me. Everton Melo da Silva**, **Prof.^a Dr.^a Clarissa Andrade Carvalho** e a orientadora Professora **Dr.^a Vânia Carvalho Santos**. Terminada a arguição, foi dada a palavra a candidata para que ela se desejasse, fizesse as observações finais. Os membros da Comissão Julgadora se retiraram da sala para a atribuição das notas. Voltando logo em seguida, a Presidente anunciou que a candidata foi aprovada com a nota 50,0 (dez). A Senhora Presidente proclamou a candidata **“Bacharel em Serviço Social”**, devendo este resultado ser homologado pelo - Conselho Departamental. Em seguida, agradeceu aos senhores membros da Comissão Julgadora. Nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente encerrou esta sessão, cujos trabalhos são objetos desta ata, lavrada por mim, Anne Caroline Rocha Santos, assistente administrativo do DSS, da qual assino juntamente com os senhores membros da Comissão Julgadora. Cidade Universitária “Prof. José Aloísio de Campos”, 24 de setembro de 2018.

Vânia Carvalho Santos
Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos
Orientadora

Everson Melo da Silva

Profº Me. Everton Melo da Silva

1º Examinador/ docente do DSS/UFS

Clarissa Andrade Carvalho

Prof.ª Drª Clarissa Andrade Carvalho

2º Examinador/ docente do DSS/UFS

Anne Caroline Rocha Santos

Anne Caroline Rocha Santos

Assistente administrativo

Dedico esta pesquisa aos meus pais (Leta e Tidé) e a minha irmã Bel, a qual esteve presente em todas as etapas do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conceder paz, saúde e força. À minha família, de forma especial a minha mãe (Leta) por acreditar e confiar em mim desde sempre, por me apoiar a lutar pelos meus sonhos. Ao meu pai (Tidé) que mesmo com todo conservadorismo ainda presente, hoje consegue olhar para suas filhas de outra maneira, por todo esforço e orações por parte dos dois. Eterna gratidão à minha irmã Isabel, obrigada por permanecer comigo em todas as jornadas, durante estes onze anos longe de casa, fomos da pré-escola à universidade juntas. Por compartilhar e lutar pelo mesmo sonho do ensino superior, por todos os momentos de alegrias, desafios, sufocos, dúvidas, enfermidades em que cuidaste de mim com zelo e carinho, festas e risadas de todos esses anos, por todos os dias em que dividimos o alimento e todas as demais condições objetivas de sobrevivência nessa trajetória nada fácil, mas muito gratificante, por todos os dias que estive ao meu lado, apesar de chamar -me de “chata virginiana”, com todas as discussões desnecessárias, gratidão minha nutri. Às minhas sobrinhas Joilma (Jima) e Maria (Dida), aos meus irmãos e irmãs, obrigada por toda alegria e momentos de diversão, mesmo distante.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos, pelo conhecimento compartilhado e paciência durante a jornada de TCC, também pela passagem nos projetos de PIBIC e no GEPS, foi essencial e faz parte da minha trajetória, gratidão profa!

Agradecer à banca examinadora Prof.^a Dr.^a Clarissa Andrade Carvalho e Prof.^o Me. Everton Melo da Silva por aceitar o convite e pelas contribuições e discussões para o enriquecimento da pesquisa.

Agradecimento especial à João Paulo Feitoza, pela grande contribuição na análise estatística dos dados, além do suporte psicológico durante o período de construção deste trabalho.

Aos queridos que de alguma forma contribuíram durante a construção da monografia e com os resultados alcançados, Marluce pela parceria na busca da aprovação pelo Comitê de ética e no hospital em questão, pela partilha das angústias e busca de soluções conjuntas para nosso grupo. À RT do Serviço Social pelo acolhimento a esta pesquisa e informações prestadas. Ao meu amigo Prof.^o Douglas (Dog), por me socorrer nos momentos que necessitava calcular

(rsr), sua ajuda foi imprescindível para o envio dos trabalhos derivados desta pesquisa.

À Sandra Andrade Almeida supervisora de estágio obrigatório no SESMT, pelas supervisões técnicas na área da saúde do trabalhador, as quais me ajudaram no caminhar do estudo, também pelas contribuições no pré-teste. À Fábio dos Santos por colaborar no pré-teste e a todos/as os/as assistentes sociais que participaram da pesquisa no hospital de referência.

Agradecer aos professores/as do DSS, minha gratidão pelo conhecimento compartilhado em sala de aula, cursos e minicursos, palestras e eventos, PIBIC, PIBIX, grupos de pesquisa (GEPSSO e GEPS), etc., de modo especial as professoras Maria da Conceição Vasconcelos Goncalves (Lica), Catarina Nascimento de Oliveira, Clarissa Andrade Carvalho, Magaly Gois, Vânia Carvalho Santos, Clara Angélica Bezerra e Maria Lúcia Machado Aranha.

Às queridas supervisoras no estágio não obrigatório na DESO, Lusandra Almeida, Cida Mota e Adriana dos Santos. Também a toda equipe da GESA, Ana Cláudia Monteiro, Vanessa Rezende, Cristina Santana, Valdeci Oliveira, Ivânia Maia, Laura Valadares, Mario Léo Rodrigues, Jorge Silva, Marcia Carvalho. A equipe de estagiárias Moniette Campos, Lisiane Melo, em especial para Karyna Regina Dória, gratidão por todo companheirismo.

A Tia Dinha, Clis (Clisjane) e Sara (Chico Xavier) obrigada pela união e partilha durante a graduação, vocês foram essenciais, amizade para além dos muros universitários. À Francielle por compartilhar da sua alegria e força durante o tempo que permanecemos na residência universitária (Facção A F35). Aos meus colegas e amigos da UFS Tayná, Lucevânia, Aninha, Gramoza, Sandy, Larissa Prata, à turma do turismo Flau, Danilo, Acsa, Edney. Ainda aos queridos amigos, Maicon, Marisa, Jéssica Ribeiro, Rany, Dany, Walter, Jhonathan, Fransuel, Douglas e Jailson. Aos colegas e amigos do IFS Steffany e Paulo.

Por fim, e não menos importante, quero deixar meu agradecimento aos meus camaradas do PCB e UJC de Sergipe e dos demais estados que pude ter contato, de modo especial agradecer aos camaradas Leonardo Dias, Pedro Paulo, Fillipe Marques, Saulo Henrique, Igor Macedo, Benedito Libório, Allana Nascimento, Ingrid Ster, Antônio Marques e Lucas Gama. E ao pessoal que esteve comigo na gestão do CASSMAGA e ENESSO.

Namastê!

“ [...] nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática [...]”.

Minayo (2007)

RESUMO

O objeto da pesquisa versou sobre a saúde dos/as assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe. O estudo objetivou analisar as condições de saúde desses profissionais e como objetivos específicos: caracterizar sociodemograficamente os assistentes sociais integrantes da pesquisa; identificar aspectos objetivos e subjetivos que influenciam na saúde dos/as assistentes sociais; verificar quais as doenças os/as assistentes sociais são acometidos/as com maior frequência; distinguir as doenças ocupacionais. A pesquisa foi do tipo exploratória com abordagem quanti-qualitativa, o universo da pesquisa foi composto por sessenta assistentes sociais com amostra de vinte e quatro profissionais, a coleta de dados foi realizada através de questionários semiabertos, os dados foram tratados estatisticamente por meio do programa IBM SPSS Statistics e analisados com base na perspectiva dialética. O estudo foi submetido e aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) da instituição pesquisada, além do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, por meio da Plataforma Brasil. Os resultados demonstraram que todas as respondentes foram do sexo feminino, metade delas seguem a religião católica, em relação as atribuições algumas se encontram em desacordo com os parâmetros de atuação na saúde determinadas pelo CFESS, as condições de trabalho obtiveram avaliação média entre “razoável e péssimo”, as condições de saúde 79,2% relataram reservar tempo para lazer, destas maioria utilizam o descanso como forma de lazer, 62,5% não pratica atividade física, metade delas possuem de 40 a 60 horas de carga horária semanal de atividades profissionais, 62,9% possuem dois vínculos empregatícios, 83,3% possui vínculo celetista no hospital de referência, 91,7% trabalham finais de semana e feriados, consideram que o trabalho interfere de algum modo na vida sociofamiliar, afirmaram haver relação entre afastamento por adoecimento e condições de trabalho. Dos agravos à saúde que as acometeram na atuação no hospital as mais citadas foram o estresse e as doenças do sistema respiratório, principalmente inflamação na garganta. Apareceram também as dermatoses, intoxicação ocupacional, LER/DORT, pneumoconiose e transtornos diversos, outras citadas foram ansiedade, HAS e tendinite. Conclui-se que a categoria dos/as assistentes sociais sofre com os mesmos dilemas e rebatimentos dos demais trabalhadores na sociedade capitalista em curso, todavia, somado a atuação direta às expressões da questão social, as sensações de impotência e/ou incertezas cotidianas podem ocasionar diversas doenças relacionadas ao estresse. Reconhece-se a contradição em relação a implantação das 30 horas semanais do/a assistente social e a carga horária extensiva que vem sendo praticada, impostas pelo neoliberalismo através das diversas formas de precarização do trabalho e da vida social, tendo como consequência o adoecimento da classe trabalhadora.

Palavras-chave: Processo saúde-doença. Determinantes sociais. Exercício ocupacional.

ABSTRACT

The objective of the research was on the health of social workers working in a reference hospital in the state of Sergipe. The study aimed to analyze the health conditions of these professionals and as specific objectives: sociodemographically characterize the social workers who are part of the research; identify objective and subjective aspects that influence the health of social workers; to check which diseases social workers are most frequently affected; occupational diseases. The research was of the exploratory type with quantitative-qualitative approach, the research universe was composed of sixty social workers with a sample of twenty four professionals, the data collection was done through semi-open questionnaires, the data were treated statistically through the program IBM SPSS Statistics and analyzed based on the dialectical perspective. The study was submitted and approved by the Nucleus of Permanent Education (NEP) of the research institution, in addition to the Research Ethics Committee of the Federal University of Sergipe, through the Brazil Platform. The results showed that all the respondents were female, half of them follow the Catholic religion, in relation to the attributions some are in disagreement with the parameters of health performance determined by the CFESS, the working conditions obtained a mean evaluation between "reasonable and poor", health conditions 79.2% reported to reserve leisure time, most of them use rest as a form of leisure, 62.5% do not practice physical activity, half of them have 40 to 60 hours of weekly workload professionals, 62.9% have two employment relationships, 83.3% have a formal contract at the referral hospital, 91.7% work at weekends and holidays, consider that the work interferes in some way with socio-family life, sick leave and working conditions. The most cited health problems that affected them in the hospital were the stress and diseases of the respiratory system, mainly inflammation in the throat. Also appeared the dermatoses, occupational intoxication, RSI / DORT, pneumoconiosis and several disorders, others cited were anxiety, hypertension and tendonitis. It is concluded that the category of social workers suffers with the same dilemmas and refutations of other workers in the capitalist society in progress, however, in addition to direct action to the expressions of the social question, feelings of impotence and / or daily uncertainties can cause stress-related diseases. The contradiction is recognized in relation to the implantation of the social worker's 30 hours a week and the extensive workload that is being practiced, imposed by neoliberalism through the various forms of precariousness of work and social life, with the consequence of the working class.

Key-words: Health-disease process. Social determinants. Occupational exercise.

LISTA DE SIGLAS

CASSMAGA – Centro Acadêmico Maria Anízia Gois de Araújo
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS – Comissão Nacional sobre os determinantes Sociais da Saúde
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
DESO – Companhia de Saneamento de Sergipe
ENESSO – Executiva Nacional dos/as Estudantes de Serviço Social
EPI – Equipamento de Proteção Individual
GEPS – Grupo de Pesquisa em Saúde
GEPSSO – Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentos, Formação em Serviço Social e Políticas Públicas
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
JT – Justiça do Trabalho
LER/DORT – Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
MPT – Ministério Público do Trabalho
MS – Ministério da Saúde
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NR - Norma Regulamentadora
NMT – Norma e Manual Técnico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIBIX - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão
POP – Procedimento Operacional Padrão
PNST – Política Nacional de Saúde do trabalhador e da Trabalhadora
PEP – Projeto Ético Político
PIB – Produto Interno Bruto
PS – Pronto Socorro
RT – Referência Técnica do Serviço Social

SB – Síndrome de *Burnout*

SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Atribuições do espaço sociocupacional

Tabela 2. Escala mediana de condições de trabalho

Tabela 3. Estatística de confiabilidade

Tabela 4. Riscos ocupacionais

Tabela 5. Atividades de lazer frequentes

Tabela 6. Agravos à saúde

Tabela 7. Nível de estresse no trabalho

Tabela 8. Grau de motivação ao trabalho neste hospital

Tabela 9. Aspectos que contribuem para desmotivação

Tabela 10. Aspectos que contribuem para motivação

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	1
2. CAPITULO I – METODOLOGIA	3
2.1 Justificativa	3
2.2 Objetivos	4
2.3 Hipóteses	4
2.4 Universo e amostra	4
2.5 Referencial teórico e pesquisa documental	5
2.6 Coleta de dados	6
2.7 Análise de dados	7
2.8 Aspectos éticos	7
3. CAPITULO II - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	9
3.1. Considerações sobre os determinantes sociais.....	9
3.2 O trabalho como determinante da saúde	15
3.3 Aspectos sobre o adoecimento ocupacional.....	23
3.3.1 Formas de adoecer que mais acometem os/as trabalhadores/as	23
4. CAPÍTULO III – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	34
4.1 Atuação do Serviço Social na área da saúde.....	35
4.2 Exercício profissional do Serviço Social em hospitais	37
4.3 Adoecimento do/a assistente social na contemporaneidade	40
5. CAPÍTULO IV - RESULTADOS	42
5.1 Perfil sociodemográfico do (a) assistente social atuante no hospital de referência	42
5.2 Caracterização do ambiente de trabalho	43
5.3 Condições de saúde do (a) assistente social	53
6. CONCLUSÃO.....	62
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
8. APÊNDICES.....	70
9. ANEXOS	76

1. INTRODUÇÃO

Os assistentes sociais formam historicamente, categoria de profissionais que estiveram empenhadas na defesa do fortalecimento do caráter público, gratuito, de qualidade e de responsabilidade estatal do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado ao disponibilizar políticas e serviços sociais que atendam as expressões da questão social também incorpora, medidas de ampliação capitalista, ao emergir os movimentos reivindicatórios, o mesmo realiza medidas sociais com intuito de frear as mobilizações, fato que vem ocorrendo nos governos neoliberais na atualidade, o projeto privatista está em curso nas diversas esferas sociais, em especial na saúde e educação.

Saúde e trabalho são dimensões que se complementam, dado que o segundo corresponde a centralidade nas relações sociais entre os homens na sociedade, o primeiro trata-se de uma condição humana essencial à vida e para reprodução social. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) é uma portaria do ano de 2012, entretanto na Constituição de 88 e nas leis 8.080/90 e 8.142/90 já previam a incorporação das ações de saúde do trabalhador como parte da política social de saúde, portanto esta, faz parte do SUS juntamente a outras instâncias de cunho trabalhista como o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e a Previdência Social.

O Estado brasileiro desdobra-se entre atender a burguesia internacional e a nacional, por meio da implementação das “recomendações” do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Contextualmente quem vem pagando pela chamada “crise” são os trabalhadores através das reformas já aprovadas – reforma trabalhista, por exemplo, - e as que se encontram em curso – reforma previdenciária. Pagamento este, sentido no cotidiano mediante redução de gastos do Estado com as políticas sociais. Objetivando a fragilização dos trabalhadores através de contratos precarizados, exploração da força de trabalho de forma exacerbada, processos seletivos com vínculos instáveis e curtos.

Situamos o assistente social como um profissional assalariado inserido na divisão sociotécnica do trabalho, e que necessita de meios e condições nos espaços sócioocupacionais para realização de seu trabalho como qualquer outro assalariado (RAICHELLIS, 2011). Enquanto classe trabalhadora sofrem os

mesmo dilemas e rebatimentos dos demais, todavia, somado a atuação frente as expressões da questão social, em defesa dos direitos sociais, os assistentes sociais experimentam uma dupla degradação, ao mesmo tempo em que se posicionam em defesa dos direitos da classe trabalhadora, o mesmo é classe trabalhadora, sendo também atingido pelo desmonte do âmbito social, atua conforme as possibilidades e mediações nas instituições.

A presente pesquisa foi realizada no ambiente hospitalar, ao qual possui como aspecto inerente o adoecimento dos profissionais da saúde que tem como principal característica a formação para a prevenção, tratamento e recuperação do estado de saúde dos usuários, embora saibamos que o ser humano esta propicio ao acometimento por enfermidades, seja por questões biológicas, físicas, químicas, vale salientar que o ambiente hospitalar traz problemáticas a mais, pelo seu caráter de assistência e ambiência, além de lidar com o sofrimento do outro.

O profissional assistente social possui capacidade técnica para analisar situações em sua totalidade, a doença ou acidente que afeta determinado indivíduo faz parte do ser social, ao redor deste existe uma vida e relações sociais construídas, contendo outras dimensões.

Nesse sentido, a pesquisa aqui delineada buscou analisar as condições de saúde dos/as assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe, intentando contribuir para a reflexão e atenção das diversas formas de adoecimento ocupacional na atualidade. As hipóteses foram: 1) as atribuições e competências do exercício profissional dos/as assistentes sociais no hospital de referência, estão de acordo com os parâmetros de atuação dos/as assistentes sociais na política de saúde; 2) as condições de trabalho institucionais influenciam nas condições de saúde dos/as assistentes sociais.

O aporte teórico buscou realizar abordagem dialética que permite compreender as raízes que engendram a problemática, o cenário atual de desmonte das políticas públicas, o modo em que o trabalho se organiza, as possíveis origens do adoecimento ocupacional. Analisando elementos que possibilitem reflexão acerca da saúde do assistente social, com discussões sobre a atuação nos hospitais.

A problemática foi construída considerando questões objetivas e subjetivas da atuação, de modo a refletir que tais questões influenciam na saúde dos/as profissionais.

A monografia está organizada em quatro capítulos, abordando as temáticas: Metodologia do estudo no capítulo I; Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, realizando algumas considerações sobre os determinantes sociais e o trabalho como determinante da saúde, além de aspectos sobre o adoecimento ocupacional no capítulo II; tratando da atuação do assistente social na área da saúde, atuação em hospitais e o adoecimento do assistente social na contemporaneidade, contidos no capítulo III; e resultados capítulo IV.

Por fim, ressaltamos que o tempo de aprovação pela instituição e pelo CEP foi um dificultador para andamento da pesquisa, avaliamos como fator negativo na construção do mesmo.

2. CAPÍTULO I – METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo exploratória com abordagem quanti-qualitativa considerando a natureza do objeto pesquisado. Em estudos exploratórios busca-se, “[...] maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. [...]” (GIL, 2009, p. 41).

Optou-se pelo tipo quanti-qualitativo por considerar importante a compreensão e explicação mais ampla sobre o tema estudado.

A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um continuum, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

2.1 Justificativa

A pesquisa foi motivada pelo interesse em discutir sobre a saúde do trabalhador assistente social, descobrir e analisar quais doenças acometem a categoria em maior amplitude no hospital de referência. Além disso, a realização de estágio curricular obrigatório na área de saúde do trabalhador na Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), parte deste, executado nas dependências do hospital de referência, também influenciou na proposição dessa pesquisa.

O objeto de estudo foi a atuação do/a assistente social em um hospital de referência do estado de Sergipe e as repercussões na saúde deste/a profissional, considerando como premissa principal o fato de que a saúde dos/as assistentes sociais são influenciadas pelas condições objetivas e subjetivas do trabalho.

2.2 Objetivos

O estudo teve como objetivo geral: analisar a saúde dos/as assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe. Como específicos: caracterizar sociodemograficamente os/as assistentes sociais que trabalham no hospital de referência; identificar aspectos objetivos e subjetivos que influenciam na saúde dos/as assistentes sociais atuantes no hospital de referência; verificar quais as doenças os/as assistentes sociais são acometidos/as com maior frequência; distinguir as doenças ocupacionais que afetam assistentes sociais em um hospital de referência do estado de Sergipe.

2.3 Hipóteses

O estudo foi orientado pelas hipóteses:

1. As atribuições e competências do exercício profissional dos/as assistentes sociais no hospital de referência, estão de acordo com os parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde.
2. As condições de trabalho institucionais influenciam nas condições de saúde dos assistentes sociais.

2.4 Universo e Amostra

O universo da pesquisa foi composto por 60 assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe, e amostra de 24 profissionais (40% da amostra), a seleção da amostra foi do tipo não-probabilística, esse tipo de amostra “não apresenta fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador” (GIL, 1987, p. 93), a delimitação da amostra foi por acessibilidade que possui como característica ser “destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” (GIL, 1987, p. 97).

A escolha da amostra foi realizada a partir da inserção dos/as assistentes sociais nos referidos setores de atuação: internamento, pronto socorro (PS), oncologia e pediatria. As profissionais optaram por ficar de posse dos questionários para responder com calma, tendo em vista se tratar de um hospital e possuir demandas emergenciais além do atendimento da demanda espontânea do serviço, assim, foi determinado um prazo de 8 dias para recolhimento dos questionários e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O critério de quantidade de questionários nos setores correspondeu ao número de profissionais ativos/as por turno no momento em que foram entregues os questionários, então os/as que estavam afastadas por férias, licença médica ou qualquer outro motivo não foram contabilizados. A quantidade de questionários distribuídos por setor, incluindo os horários diurnos e noturnos, correspondeu a 44 nos setores: oncologia (5); internamento (10); PS (17); e pediatria 12, sendo respondidos 24 questionários ao final.

2.5 Referencial teórico e pesquisa documental

Os procedimentos técnicos utilizados foram pesquisa bibliográfica, relacionada ao tema com vistas a construção da revisão de literatura, de modo a construir embasamento teórico para análises do objetivo geral e específicos com utilização de livros, artigos científicos, revistas, periódicos e via internet. A pesquisa bibliográfica foi organizada através de uma tabela contendo palavras-chaves, fontes, títulos localizados, link de acesso de títulos selecionados, data de acesso e observações.

Os autores que subsidiaram a revisão foram Nogueira e Sarreta (2016), Bravo e Matos (2009), Sodré (2010), Martinelli (2011), Avilla (2017), Maurício; Carvalho e Carmo (2017), Câmara (2013), Buss e Filho (2007), Barreto (2017), Ientz (2012), Antunes e Praun (2015), Agostini (2002), Prado (2016) Trigo; Teng; Hallak (2007), Jardim (2011) Martini; Souza e Stang (2017), Lanza (2012), CFESS (2010). Além do Decreto nº 7.602 dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho; Lei nº 8.080 e Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde; Lei nº 8.213 do Ministério da Previdência Social; Norma Regulamentadora 4, 5 e 17 do Ministério do Trabalho e Emprego; Normas e manuais técnicos nº 103 e Portaria nº 1.823 do Ministério da Saúde; e Resolução Nº 493/2006 do CFESS.

Como ferramentas secundárias de pesquisa foram utilizadas para localização de fontes o google acadêmico, Scielo, Revista Serviço Social e sociedade, periódicos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Revista Katálisis, biblioteca virtual em saúde e a biblioteca central da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

As palavras-chave utilizadas na busca foram: Saúde do profissional assistente social, saúde assistente social, serviço social e saúde profissional, saúde ocupacional do assistente social, saúde do assistente social, saúde trabalhador assistente social, saúde de profissionais em hospitais, da medicina do trabalho à saúde do trabalhador, o serviço social trabalhador na área de serviços, atuação de assistentes sociais em hospitais.

A pesquisa documental e bibliográfica realizada nesse período, centrou-se nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, determinantes sociais, o trabalho como determinante, o adoecimento no trabalho e sofrimento social, as transformações societárias e a relação com o trabalho do assistente social, as condições de trabalho e as contradições que envolve a produção de saúde nos hospitais com o adoecimento profissional, por fim, as demandas acerca do assédio moral e sexual nas relações de trabalho.

2.6 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados questionários semiabertos, os quais caracterizam-se por permitir perguntas e respostas abertas e fechadas, a

fim de coletar dados referentes a saúde dos profissionais assistentes sociais, além de dados para construção da caracterização dos mesmos neste espaço.

O pré-teste se dividiu em I e II, o primeiro foi realizado com uma assistente social atuante na saúde do trabalhador da FHS, o segundo com um assistente social atuante no hospital campo de pesquisa. A realização do pré-teste indicou a necessidade de inserção de dois itens, um relacionando aos fatores de riscos ocupacionais (biológicos, químicos, físicos, sociais, ambientais e psicológicos) aos quais as assistentes sociais identificam que ocorrem em seu local de atuação. Outra sugestão do entrevistado foi a inclusão de questionamento sobre assédio moral e sexual.

Os dados quantitativos foram organizados em tabelas e gráficos os quais foram analisados de acordo com a base teórica e empírica das categorias tratadas na pesquisa, correlacionando os dados levantados e revisão bibliográfica, assim confrontando as informações e o contexto sócio histórico.

2.7 Análise dos dados

Para a análise qualitativa dos dados, inicialmente foi realizada a leitura do material coletado e elencadas as categorias presentes nos conteúdos dos questionários: adoecimento do assistente social, atuação do assistente social na saúde, legislação dos assistentes sociais e da saúde, metodologia da pesquisa, saúde do trabalhador, articulados ao referencial teórico.

A análise foi realizada na perspectiva dialética, a qual objetiva apreender e compreender a prática social empírica dos sujeitos (MINAYO, 2010). Buscou contextualizar o objeto em seu processo histórico, perpassando aspectos sociais, político, culturais, econômicos e conjunturais.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente através do programa IBM SPSS Statistics Versão 25.

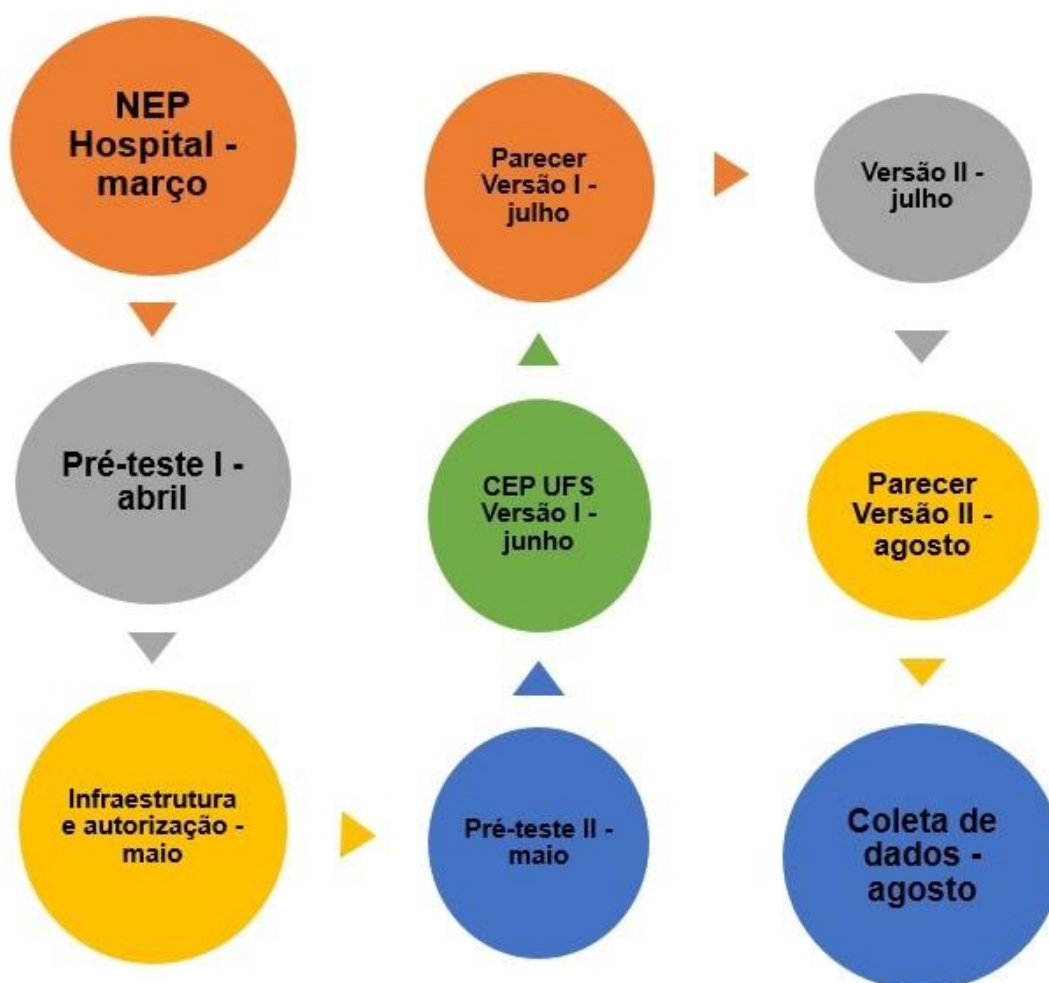
2.8 Aspectos éticos

O processo de construção e aprovação da pesquisa se deu a partir do encaminhamento do projeto ao hospital em questão para aprovação por parte da Referência Técnica (RT) do Serviço Social e pelo Núcleo de Educação

Permanente (NEP) para liberação da infraestrutura e autorização para entrada no campo de coleta de dados, este processo inicial percorreu uma média de 3 meses até a emissão da declaração de infraestrutura.

Após aprovação institucional o projeto foi inserido na Plataforma Brasil para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, importa salientar que a inserção normalmente é realizada em vários dias, visto que o sistema gera documentação (folha de rosto) para assinatura pela pesquisadora responsável (orientadora) e pela representante do departamento proponente, além de outras intercorrências, até a aprovação do projeto pelo CEP, tratou-se de um processo longo, compreendeu 5 meses no total.

Os caminhos percorridos seguem contidos na linha do tempo:



3. CAPÍTULO II - DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

3.1. Considerações sobre os determinantes sociais

Ao abordar sobre determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, importa saber que estes são diversos e por vezes interligados, a relação dos agentes de riscos um com o outro correspondem ao que formam determinadas patologias. Dialogar acerca da saúde e a correlação com determinantes e condicionantes, é pensar a saúde em sua totalidade.

Os determinantes sociais da saúde abarcam um leque de questões indispensáveis para se observar, pesquisar e atuar. Para estudos em saúde, a dimensão social junto aos estudos biológicos procura explicitar doenças e suas consequências. Definimos determinantes sociais como

fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham [...]. (BUSS; FILHO, 2007, p. 78).

Condições objetivas da população, como por exemplo, o acesso à água potável, saneamento básico, moradia e trabalho, produz indivíduos mais saudáveis. Assim, destacamos que o aspecto ambiental como parte do desenvolvimento humano, é um elemento dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. A dualidade entre aspectos biológicos e sociais trata a saúde enquanto uma relação meramente biológica e individual, desconsiderando as potencialidades dos aspectos macros e micros. Assim,

o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma

sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto. (BUSS; FILHO, 2007, p.81, grifos originais).

Quando falamos em saúde, estamos nos referindo ao bem-estar físico, social, psíquico dos indivíduos sobretudo em relação as atividades e serviços que os mesmos necessitam para viver em sociedade, apresentando ou não morbidades, afinal saúde não é apenas a ausência de doença.

Trata-se de um campo amplo e complexo, os condicionantes sociais podem indicar maior ou menor probabilidade de desenvolvimento de possível adoecimento, determinada patologia, morbidade e mortalidade,

[...] os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição e condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. [...] no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. (BUSS; FILHO, 2007, p. 84).

O relatório final da CNDSS (2008), apresenta o modelo de Dahlgren e Whitehead (figura 1) que elenca de forma crescente os elementos que compõem os determinantes, elementos vitais para saúde e vida saudável em sociedade.

Figura 1. Modelo de Dahlgren e Whitehead acerca da Determinação Social da Saúde



Fonte: CNDSS (2008)

Características individuais (sexo, genética, etc.) e coletivas (condições socioeconômicas, culturais e ambientais) interagem e interrelacionam. A pobreza, enquanto uma das expressões da questão social, impacta de forma negativa na saúde dos indivíduos, pois é por meio da renda que os indivíduos acessam os serviços de saúde, mesmo havendo o SUS público e gratuito, infelizmente não temos integralidade no atendimento das demandas. Mas além, disso destacamos que o acesso à habitação, transporte, educação, serviços de saúde, saneamento, trabalho, alimentação, etc. impactam na saúde dos sujeitos, positiva ou negativamente.

A pobreza apresenta-se como um componente do processo saúde-doença, trata-se de uma das expressões da questão social, cujo significado tem sido distorcido pelo ideário neoliberal, colocando-a como sendo a própria questão social. No entanto, a questão social extrapola o que é expresso na pobreza (embora esta mostre-se mais latente) é decorrente da contradição capital e trabalho ao qual desvela-se de diferentes maneiras, nas diferentes esferas da vida humana, e possui desdobramentos políticos (SANTOS, 2012).

Na saúde, as questões do adoecimento ultrapassam a esfera biomédica,

com poucas exceções, a ocorrência das mais diversas doenças e problemas de saúde se agravam entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação [...] (BARRETO, 2017, p. 2100).

A esfera social, econômica, política e cultural são produtoras de saúde ou adoecimento. A saúde é um campo intersetorial, o qual tem imbricações com as demais políticas na construção de alternativas de enfrentamento às expressões da questão social. A desigualdade e iniquidades existentes na saúde, assim como nos demais setores da vida social, são produzidos pelo sistema capitalista, as iniquidades apresentam-se como a face mais perversa deste sistema, vale lembrar que as iniquidades não são exclusivas da área da saúde e também que as iniquidades e expressões da questão social são conceitos diferenciados, tendo em vista que a primeira há possibilidade de resolução neste sistema, já as expressões da questão social poderão ser superadas a partir da vigência de uma nova ordem societária pautada na não exploração do homem pelo o homem.

As iniquidades são derivações das desigualdades sociais, consideradas como patamar mais alto que a desigualdade, pois a mesma implica que haja situações injustas que poderiam ser evitadas, já as “[...] desigualdades referem-se aquelas diferenças perceptíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde [...]” (BARRETO, 2017, p. 2101). As iniquidades constituem opostos da equidade em saúde, princípio fundamental preconizado pelo SUS o qual propõe justiça social como mecanismo de redução de desigualdades em saúde, de maneira que os desiguais que necessitam de mais tenham mais serviços a seu alcance, por isso também, a necessidade em se discutir saúde coletiva.

Nos momentos de crises cíclicas do capital a saída que o Estado tem tomado é o de corte nos gastos do governo, as principais áreas atingidas são as áreas sociais, das políticas públicas em benefício da manutenção das grandes corporações empresariais com isenção de taxas e impostos que deveriam ir aos cofres públicos e serem investidos na saúde, educação, esporte, lazer, entre outras. Além disso, estes cortes são apenas um lado da moeda, pois parte do orçamento são destinadas a empresas privadas do ramo e são realizadas a

transferência da administração da saúde para empresas terceirizadas no setor, como por exemplo, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem sido gerenciada por este tipo de empresa.

Então, estas situações agravam as iniquidades, atingem principalmente as pessoas que encontram-se em maior vulnerabilidade socioeconômica e de saúde, acompanhamento das famílias, a inexistência de clínico geral nos postos de saúde, a falta de marcação para exames simples de rotina, etc., desenvolver ações que considere a realidade de cada localidade, com estudo prévio da localidade, trazendo financiamento para saúde pública e proteção social a comunidade, minimizando os efeitos das desigualdades.

Conhecer os determinantes de iniquidades em saúde, é essencial, para que as estratégias em saúde que se coloca como para todos não se tornem para poucos, pois cada classe, a depender do modo de vida (social, econômico, político e cultural) que os cercam, requerem intervenção diferenciada.

Alguns determinantes das iniquidades em saúde

Determinantes	Características
Diferentes níveis de poder e recursos	A posição social é em si mesma um importante determinante das iniquidades em saúde, tanto mais importante quanto mais amplas são as diferenças sociais em uma dada sociedade. Os esforços para reduzir diferenças em educação ou renda entre grupos socioeconômicos têm um efeito positivo na equidade de saúde porque permitem aumentar o poder e as oportunidades para grupos menos favorecidos evitarem condições de vida e trabalho nocivas à saúde.
Níveis diferentes de exposição a riscos para a saúde	A exposição a quase todos os fatores de risco (materiais, psicossociais e comportamentais) está inversamente relacionada com a posição social, ou seja, quanto mais baixa a posição social, maior a exposição a riscos para a saúde e quanto maior o acesso a recursos, maiores são as oportunidades de evitar riscos, doenças e suas consequências negativas
	O mesmo nível de exposição a certo fator de risco pode ter efeitos diferentes em diferentes grupos socioeconômicos. Este diferencial de impacto pode ser explicado por diferenças no hábito de beber e por sistemas sociais de apoio no trabalho e em casa. Políticas que visam reduzir as

O mesmo nível de exposição pode ter diferentes impactos	iniquidades em saúde causadas por estes diferenciais de impacto devem, portanto, levar em conta o ambiente social, cultural e econômico, além da redução de um fator de risco específico.
Efeitos ao longo do ciclo de vida	Considerar o resultado cumulativo de todos os mecanismos mencionados na medida em que interagem e operam ao longo da vida. Estes efeitos ao longo do ciclo de vida podem ser passados de pais para filhos, pois estão intimamente relacionados com a origem social. Por exemplo, a posição social dos pais influencia o desempenho educacional dos filhos, o que por sua vez vai influenciar suas condições salariais e de trabalho quando crescerem.
Diferentes consequências sociais e econômicas decorrentes da doença	Saúde precária pode ter muitas consequências adversas para as condições de vida de indivíduos, incluindo perdas salariais ou desemprego e isolamento social ou exclusão, causada tanto pelo desemprego como por restrições de atividades decorrentes da doença. Ao mesmo tempo pode haver um peso financeiro adicional por gastos com atenção médica e medicamentos. Todas estas consequências negativas resultantes da doença podem resultar numa queda de status socioeconômico que agrava ainda mais a saúde.

Fonte: dssbr.org acesso em 26 jul. 2018.

As classes sociais com níveis socioeconômicos mais elevados, dispõem de melhores condições de vida com acesso à educação, lazer, plano de saúde, alimentação, transporte, entre outros bens e serviços, que proporcionam menos riscos a determinadas morbididades. Os riscos diferem entre os grupos socioeconômicos, por conta da exposição aos fatores de adoecimento, portanto, torna-se basilar observar estes fatores e como atuam em comunidades opostas.

Estar doente possui maiores consequências para membros de classes sociais menos favorecidos do que para mais favorecidos, a chance de permanência no emprego diminui, acarretando maiores dificuldades no tratamento, gerado pela preocupação como manter as condições concretas de subsistência, comparado aos mesmos problemas de saúde e níveis sociais distintos, sobretudo o acesso à saúde.

As esferas, como no modelo de Dahlgren e Whitehead acerca da determinação social da saúde (figura 1) e as relações sociais encontram-se interligadas e interdependentes, a iniquidade de determinada área repercute em

outras. Impossível abordar sobre iniquidades sem discutir o fator econômico, a frequente diminuição do orçamento na área da saúde (e social como um todo), fortalece as iniquidades, pois levam a falta de serviços e itens básicos para a população. O enfrentamento das iniquidades se dão por via de políticas sociais e ações governamentais que venham minimizá-las, tendo em vista que no sistema capitalista o combate as iniquidades é inatingível.

Dentre as políticas e ações de enfrentamento as iniquidades estão a promoção do trabalho e emprego, componente da sociabilidade e proteção social, podendo ser revelador de saúde ou adoecimento, dependendo das condições em que se encontra o vínculo com as demais esferas sociais.

3.2. O trabalho como determinante da saúde

Para o capital, para a burguesia, o trabalho representa o poder de uma classe sob a outra, é através da exploração que a mesma se fortalece e permanece gerando formas desiguais de acumulação e sobrevivência humana, portanto, este “[...] torna-se instrumento para a manutenção de um modo de produção, que procura manter ou ‘suprir’ as necessidades ou fetiches de uma sociedade de consumo. ” (IENTZ, 2012, p. 40). A reprodução humana indispensavelmente exige a produção de bens materiais, mas nos moldes capitalistas, esta produção configura-se para além da necessidade humana de sobrevivência, assim, gera-se exploração de quem detém a força de trabalho e acumulação de capital por quem detém os meios de produção. Conclui-se que o trabalho exerce papel fundamental em todo o mundo, tanto para quem o explora, quanto para quem é explorado.

O mesmo produz para o homem um sentimento de pertencimento a uma classe, significa estar inserido em um meio social e reconhecer-se enquanto cidadão detentor de direitos sociais, pois para o trabalhador, a falta deste traduz-se em exclusão social, sem poder de compra e reprodução humana e social. Desta maneira, ao ocorrer uma descontinuidade do processo produtivo, por meio do adoecimento, desemprego ou qualquer outra forma, o sujeito perde sua identidade individual e social. A ação de produzir gera modificações físicas e mentais, podendo ser modificações positivas ou negativas a depender de alguns fatores relevantes, principalmente no cenário atual do mundo do trabalho, com a

existência da flexibilização, terceirização, exigência de mais qualificação e polivalência do trabalhador, etc. fatores que asseveram a alienação no trabalho, a tensão, desgaste físico e mental, tem-se um quadro de submissão e aceitação dos níveis de crueldade de exploração da força de trabalho, com alguns setores de mais resistência e outros com menos em relação à deterioração do processo de trabalho que não tenha como consequência o afastamento e adoecimento da mão de obra.

Logo, analisa-se neste ponto, o impacto do trabalho no processo saúde-doença, o modo que está organizado, as diversas situações, relações, formas de gestão, que vão determinar e/ou contribuir no processo.

O mercado de trabalho exige do trabalhador investimento em formação continuada com financiamento próprio, a realização de diversas tarefas simultâneas, cumprimento de metas infundáveis e disponibilidade quase que vinte e quatro horas para a empresa. O reconhecimento de todo o esforço ocorre através de cada vez mais trabalho, de sobrecarga e responsabilidades por qualquer problema que venha a ocorrer no processo de trabalho.

O esgotamento físico e mental é uma das principais características do trabalho na atualidade, originando diversos sintomas e doenças ao ponto de haver queda na produção ou afastamento total das atividades. Não se reserva tempo para amigos e familiares, lazer, momentos de distração, nem mesmo o horário de almoço é tranquilo, são consequências do acúmulo de serviço e responsabilidades, o trabalho toma conta de todo o itinerário diário, o trabalho que se estende para casa, sem hora para encerrar, vai tirando horas até mesmo dias da vida dos trabalhadores e suas famílias. O adoecimento no trabalho, portanto, reflete no seio familiar, em especial nas relações de cunho emocional e financeiro. Reflete também no possível adoecimento de familiares, de filhos, por exemplo.

Cansaço, fadiga, dores de cabeça, distúrbios osteomoleculares em geral, tontura, sentimento de vazio, falta de energia, síndrome do pânico, estresse profundo, síndrome de *Burnout* (SB), Acidente Vascular Cerebral (AVC), são exemplos de doenças, consequências do adoecimento da “classe que vive do trabalho” (ANTUNES, 2009). Algumas destas doenças e síndromes serão discutidas no próximo item.

As adversidades no trabalho têm como um dos efeitos o adoecimento mental, em evidência na atual conjuntura, é também um dos sintomas de esgotamento, que por vezes resultam em pedidos de demissões e exonerações. Devido as mudanças societárias com o avanço do neoliberalismo, a reestruturação do capital traz novas demandas e sobrecarga de trabalho, gerando a prevalência de transtornos psiquiátricos,

[...] com a vitória do neoliberalismo no Brasil nos anos 1990, se desenvolve o processo de reestruturação produtiva [...] parte dos efeitos desse processo materializa-se, conforme indicam diferentes pesquisas, na relação direta entre trabalho terceirizado e alta incidência de acidentes de trabalho, inclusive aqueles que resultam no óbito do trabalhador. Outra manifestação, bastante significativa, diz respeito aos adoecimentos com nexos laborais, sobretudo aqueles relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais. (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 409).

O fenômeno dos acidentes e adoecimentos no trabalho é antigo, o que de novo se encontra são as novas formas do adoecer, derivadas do decurso de trabalho, além das novas formas, o quantitativo de indivíduos acometidos. A reestruturação produtiva e suas múltiplas características, dentre as mais significativas a flexibilização,

se constitui no contexto atual em uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural. (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 412).

O capital põe o trabalhador à prova diariamente, a precarização do trabalho demarca o mais cruel nível de desumanidade, que repercute no trabalhador, no serviço e nos usuários dos serviços. Questão presente nas mínimas coisas, no caso da saúde, podemos citar a recorrente falta de equipamentos de segurança hospitalar, como máscaras e luvas, por exemplo, os chamados EPI (Equipamentos de Proteção Individual), diminuição no número

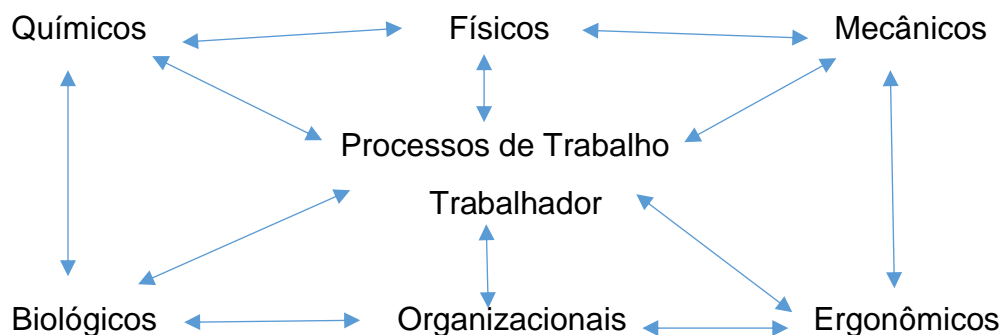
de funcionários, diminuição nos salários, maior rotatividade dos trabalhadores, etc.

O processo de trabalho não deve denotar marca de sofrimento, por seu caráter essencial e de transformação da natureza, devendo ajudar as sociedades de modo a unir os trabalhadores e transformar a sociedade de modo positivo (AGOSTINI, 2002), “[...] o trabalho, quando executado sob determinadas condições, pode causar doenças, encurtar a vida, ou mesmo matar os trabalhadores. [...]” (AGOSTINI, 2002, p. 375).

Observa-se na contemporaneidade de um lado trabalhadores desempregados, do outro, mutilados ou em processo de adoecimento físico e/ou psíquico. Percebe-se um descaso ou despreocupação por parte dos setores de trabalho em relação a situação, os serviços de saúde mantidos dentro das empresas por exigência legislativa trabalhista, que por vezes cumprem somente o papel de recebimento de atestados. Com todo este cenário quem sai ganhando é o sistema capitalista, o trabalho deixa a desejar no cumprimento do papel de proteção dos sujeitos, o contrário, nesse momento as pessoas preocupam-se em estar empregado, deixando sua segurança de lado, as questões objetivas de subsistência da vida requerem respostas imediatas, então o trabalhador se ver em espaços insalubres físico e psíquico.

Os processos de trabalho requerem cuidados, pois possuem agentes de riscos que incidem na saúde. Agentes estes que “[...] atua direta ou indiretamente no corpo de trabalhador, sendo esse corpo entendido não somente no seu aspecto físico, mas sim de forma integral, incluindo as instâncias fisiológicas, psicológicas, emocionais etc.” (AGOSTINI, 2002, p. 375). Há riscos no trabalho que são imperceptíveis, e há os que interferem mais e os que interferem menos, então por vezes, nem o trabalhador nem o médico do trabalho conseguem realizar esta relação no impacto da saúde.

A análise do ambiente de trabalho é, também, averiguação da saúde dos indivíduos ali lotados, não apenas em termos físicos, mas também organizacionais, os quais irão refletir em condições de saúde física e mental. Classificação dos agentes:



Elaboração própria a partir do modelo de Agostini (2002, p. 377).

Os agentes de riscos interrelacionais, articulados uns aos outros, ficando ao centro o trabalhador e seu processo de trabalho, podendo ser afetado por qualquer um destes ou vários ao mesmo tempo.

A autora mostra ainda, quais são os elementos que envolvem os agentes:

Físicos: ambiente térmico; ruído; radiações ionizantes; ambiente mal iluminado; pressões anormais; vibrações; eletricidade. **Químicos:** sólidos – poeiras, fumos; líquidos – vapores, gases; irritantes – asfixiantes; anestésicos – narcóticos; sistêmicos – carcinogênicos; inflamáveis – explosivos; corrosivos. **Ergonômicos:** postura (fadiga e problemas osteoarticulares); esforços físicos e mentais (fadiga). **Mecânicos:** quedas; lesões no manuseio de máquinas e instrumentos; rebarbas, cavacos, fagulhas; choque de veículos; outros impactos mecânicos. **Biológicos:** contato com animais peçonhentos (cobras, escorpiões, aranhas, etc.); contato ou manuseio com microorganismos patogênicos (laboratórios, hospitais etc.); contato com vetores de doenças infecto-contagiosas. **Organizacionais:** trabalho em turnos alternados e noturnos; trabalho repetitivo e monótono; jornadas, pausas, horas extras; ritmo de trabalho, cobrança e produtividade; mecanismos de coerção e punição. (AGOSTINI, 2002, p. 377-378, grifos nossos).

Possivelmente estes elementos englobem muito mais que os citados acima. No entanto, saber ou até mesmo conseguir perceber estes elementos durante a realização das atividades cotidianas no ambiente, é importante, o conhecimento deixa os indivíduos alertas, podendo contribuir como forma de cobrar dos responsáveis ambientes seguros, que o trabalho não se torne sofrido, doloroso e desalento, quando o mesmo deva contribuir com realização dos indivíduos.

A portaria nº 1.823/2012 instituiu e rege a PNST, a qual é responsabilidade do âmbito do SUS, propõe “[...] ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. ” (BRASIL, 2012). A política tem como dever contemplar todos os trabalhadores, independente de sexo, origem, cor/raça, etc, que esteja em qualquer vínculo empregatício ou desempregado. Além disso, traz como consideração o trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença.

Art. 3º, Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2012).

A PNST alinha-se com outras políticas relacionadas, como é o caso da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), ao qual é de responsabilidade de implementação e execução os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social (BRASIL, 2011), instituída anteriormente a PNST pelo Decreto nº 7.602/2011. Tem como diretrizes

a) inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde; b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador; c) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco; d) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador; e) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho; f) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e g) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho; [...] (BRASIL, 2011).

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) constituem mecanismos de intervenção e proteção no trabalho, organizações empresariais

- sejam públicas, privadas, etc. – devem se articular e realizar um trabalho que garantam a proteção e prevenção de acidentes e adoecimentos no trabalhador, é recorrente estes espaços centrarem nos trabalhadores quando já estão adoecidos ou acidentados, deixam de lado o princípio da prevenção.

A CIPA é regulamentada pela Norma Regulamentadora 5 (NR5) do MTE “ [...] tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. ” (BRASIL, 2011, atualizada). Já o SESMT regulamentado pela Norma Regulamentadora 4 (NR4) também do MTE, preconiza que

as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (BRASIL, 2007, atualizada).

A criação dos SESMT é de responsabilidade das empresas e órgãos - municipais, estaduais e federais, - são fiscalizados pelo MTE, de acordo com a escala de riscos ocupacionais e o número de trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

A descontinuidade das políticas e o mal funcionamento dos serviços, não progride nos objetivos elencados, as leis possuem brechas, há descumprimento, parece haver um abismo em relação ao trabalhador, assim, o mesmo se ver desamparado, sozinho, adoecido, ao ponto de fugir do seu local de trabalho porque não aguenta mais passar nem mesmo em frente. Os setores e leis de proteção e prevenção precisam dialogar e construir alternativas conjuntas.

Os laços de solidariedade entre os trabalhadores se romperam, ou seja, há uma individualização e solidão crescente no âmbito do trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015),

[...] é essa quebra dos laços de solidariedade e, por conseguinte, da capacidade de acionamento das *estratégias coletivas de defesa* entre os trabalhadores que se encontra na base do

aumento dos processos de adoecimento psíquico e de sua expressão mais contundente: o suicídio no local de trabalho. (DEJOURS; BÈGUE, 2010, apud ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 414, grifos dos autores).

Segundo os autores citados, o vínculo de solidariedade gerava formas de mascarar sentimentos em determinadas situações desfavoráveis, geravam espécie de pactos entre grupos de apoio subjetivo ou em situações extremadas os laços eram acionados de forma a protegê-lo ou confortá-los.

O individualismo vem para avultar o processo de sofrimento psíquico dos trabalhadores, “o suicídio é a expressão radicalizada da deterioração das condições de trabalho sob vigência da gestão flexível. [...]” (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 415). O apassivamento dos sindicatos também é reflexo do individualismo, do processo de cooptação por parte do Estado, e da alienação societária. Os autores, assinalam como saída o resgate do pertencimento de classe trabalhadora, de laços de solidariedade e do sindicalismo, o qual consideram imprescindível. Portanto, se faz necessário condições de labor mínimas, que possa preservar a saúde física e mental dos sujeitos.

A implantação de políticas neoliberais no mundo, influência nas formas de organização e gestão do trabalho, o resultado são os mais diversos, aumento da flexibilização do trabalho, informalidade ou contratos temporários, gerando o fim da estabilidade no emprego, condições precárias, baixos salários e grande rotatividade, faz com que os trabalhadores cada vez mais busquem vários vínculos de emprego para poder manter a subsistência cotidiana sua e de familiares.

Recentemente, no ano de 2017, ocorreram alterações legislativas no mundo do trabalho que acirraram a luta de classe no Brasil. A aprovação das alterações da CLT e a aprovação da Lei da Terceirização nº 13.429/2017, foi grande retrocesso para os trabalhadores, concebido pelo Governo Michael Temer após o impeachment da então Presidenta Dilma Rousseff. Além, disso está em curso o processo de reforma da previdência, com a retirada de mais direitos para favorecimento do capital financeiro.

Estas expressões da questão social irão afetar a população de inúmeras maneiras, em todos os segmentos (gênero, cor/raça, orientação sexual, etc). A população feminina e negra, a qual vivem à margem do trabalho formal, sofrem

maior impacto neste cenário, visualizada a partir da precarização do trabalho (subemprego, ausência de contratos, aumento das horas trabalhadas além da dupla e até tripla jornada).

Estes mecanismos fazem parte da reestruturação produtiva do capital mundial, que acentua a precarização e adoecimento no trabalho tendo em vista a cobrança de metas exacerbadas, pressões, maior intensidade nas atividades, todo esse receituário neoliberal produz diversas formas de adoecer, algumas dessas formas serão pontuadas a seguir.

3.3 Aspectos sobre o adoecimento ocupacional

3.3.1 Formas de adoecer que mais acometem os/as trabalhadores/as

É sabido que o trabalho se revela como um dos fatores determinantes e condicionantes do adoecimento, com maior notoriedade na atualidade, entretanto, significativo desde sempre. A responsabilidade pelo adoecimento ocupacional que acomete os trabalhadores, são também responsabilidade e compromisso das organizações empregadoras para com a temática, tanto na prevenção e cuidados, quanto na recuperação.

A discussão aqui levantada, tem como objetivo pontuar algumas doenças que mais acometem os trabalhadores, afunilando para a atuação em hospitais, isso não significa sejam apenas estas que incidam, mas estão presentes com maior frequência na conjuntura de adoecimento, a pretensão é abordá-la como inerente ao grupo, sem restringi-la ao aspecto individual, e suas repercussões para os sujeitos.

As doenças ligadas à saúde mental são, atualmente, uma das maiores preocupações no que tange ao adoecimento ocupacional, soma-se as inquietudes, as doenças osteomusculares. Estes dois sistemas vão abarcar uma gama de enfermidades, a saúde mental engloba problemas como cansaço generalizado, *stress*, transtornos de ansiedade, depressão, etc., já os problemas osteomusculares podem envolver, dentre outras doenças, a tendinite, fibromialgia, Lesão por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, mais conhecida como LER / DORT, e a artrite reumatoide, que apesar de ser uma doença autoimune, ataca os músculos e

ossos. Outras morbidades frequentes são as relativas ao coração, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No ambiente hospitalar podem ocorrer diversos tipos de adoecimento, possui espaço de trabalho com diversos fatores que favorecerem o desenvolvimento de enfermidades, principalmente fatores estressores. Nele, estão presentes agentes de riscos (químicos, físicos, mecânicos, biológicos, organizacionais e ergonômicos) para a saúde no processo de trabalho. O corpo humano apresenta não somente características físicas e biológicas, mas psicológicas, emocionais, sociais, assim, os agentes podem atuar de forma complementar um ao outro nas diversas instâncias do indivíduo.

Ao considerarmos os agentes propulsores do adoecimento estamos atuando em consonância com os preceitos da OMS e da Lei de Regulamentação da Profissão que estabelece dentre outras competências a de “apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade” (CFESS, 2010).

Os profissionais da área da saúde passam boa parte de suas vidas no ambiente hospitalar, portanto, expostos aos agentes agressores, alguns de forma mais incisiva através do manuseio de diversos itens perfuro cortante, além do contato direto com o próprio paciente, outros de maneira menos incisiva, mas com suas características não menos importantes para caracterização do adoecimento ocupacional no ambiente, como é o caso dos assistentes sociais.

Os trabalhadores sofrem as consequências das novas formas de acumulação flexível, expostos aos agentes de riscos ocupacionais cada vez mais agressivos, tendem a desenvolver adoecimento em larga escala, e além das velhas doenças outras podem surgir ou se agravar nesse cenário. Nos hospitais, ao mesmo tempo em que os trabalhadores estão prestando cuidados aos pacientes, estes estão cercados de bactérias, vírus, fungos, equipamentos de variados e de pessoas, pois o fluxo também adoece estes trabalhadores, seja pela quantidade de agentes microbianos circulando, seja pelo lidar com o sofrimento do outro (adoecer/morrer), ou ainda pela não resolutividade dos problemas que englobam a saúde dos usuários, produzindo assim estresse e sofrimento por parte dos trabalhadores ali inseridos.

Comumente estes profissionais são acometidos por problemas respiratórios, inflamações de garganta, asma, rinite, gripes e resfriados

podendo estar relacionado aos locais fechados, sem ventilação livre, apenas ar condicionados, os quais podem apresentar microrganismos causadores de infecções. A exposição por tempo prolongado ou sem proteção devida à componentes químicos podem ocasionar intoxicação ocupacional. As LER/DORT apresentam-se como uma problemática do adoecimento ocupacional, equipara-se os casos de adoecimento mental em esfera geral na sociedade, o estresse, os transtornos diversos com destaque para a depressão e os transtornos de ansiedade.

Com as modificações de cunho organizacional do mundo do trabalho a partir do avanço do neoliberalismo, o estresse também se expressa como uma problemática em toda a sociedade. Possuindo fases, podendo ser o mesmo negativo ou positivo, embora na atual conjuntura o estresse negativo possa prevalecer. As três fases do estresse:

A fase de alarme inicia-se com os estímulos estressores que provocam resposta rápida do organismo (luta e fuga). Entretanto, esse estágio não se mantém por muito tempo, pois o esforço maior não visa somente à manutenção da harmonia interior, mas ao enfrentamento da situação ameaçadora. As alterações observadas no organismo, nessa fase, incluem aumento das frequências cardíaca e respiratória, e da pressão arterial; contração do baço; liberação de glicose pelo fígado; redistribuição sanguínea e dilatação das pupilas. Na fase de resistência, o indivíduo tenta se adaptar à nova situação com o propósito de restabelecer o equilíbrio interno, pois o organismo apresenta um desgaste maior, dificuldades de memória e está mais vulnerável a doenças. Os sintomas mais comumente observados são o tremor muscular, fadiga física, desânimo, irritabilidade, dificuldade de concentração e instabilidade emocional. Por fim, a fase de exaustão consiste em uma extinção da resistência em decorrência de falhas nos mecanismos de adaptação. É considerada a condição mais crítica relacionada ao estresse, pois, após exposições repetidas ao mesmo estressor, o organismo pode desenvolver doenças graves ou, até mesmo, entrar em colapso [...]. (PRADO, 2016, p. 287).

A fase de alerta ou alarme como denominada pela autora, atua como estimulante, a produção de adrenalina aumenta consideravelmente produzindo energia, a de resistência apresenta sintomatologia mais frequente, na fase de exaustão o indivíduo já não possui tanto controle, esta é a fase de maior risco em que são desenvolvidas diversas doenças, comumente as de cunho mental,

mas também úlceras, pressão alta, vitiligo entre outras. A fase em que se observa a desconcentração nas atividades, podendo tomar decisões movidas pela impulsividade ocasionando problemas no local de trabalho.

O mal estresse limita, cria nervosismo, provoca o negativismo, leva ao adoecimento. Alguns sintomas são passíveis de percepção do mal estresse, tais como cansaço, insônia, dores de cabeça frequentes, dores musculares, irritabilidade, muita fome ou falta de apetite, respiração e/ou coração acelerado, Disfunção Temporomandibular (DTM), dentre outras.

Fatores estressores estão relacionados ao espaço, podendo ser químicos por meio de alimentação inadequada a base de açúcar, sal, carne vermelha em excesso, bebida alcoólica, insuficiência de vitaminas, etc.; físicos envolvendo acidentes, tipo de moradia, ruídos, poluição visual e auditiva, etc.; e emocionais através da falta de segurança, desenvolvimento de ansiedade, conflitos inter-relacionais, medo, entre outros. Em relação ao estresse ocupacional,

[...] são consideradas as vertentes biológica, psicológica e sociológica, que, apesar de distintas, são complementares e estão interligadas. Na biológica, o estresse é caracterizado, essencialmente, pelo grau de desgaste do corpo. Os processos afetivos, emocionais e intelectuais do indivíduo correspondem à abordagem psicológica, ou seja, é a maneira pela qual este se relaciona com as outras pessoas e com o mundo ao seu redor. Em adição, a sociológica refere-se à compreensão das variáveis que se estabelecem no contexto da sociedade. O diagnóstico dos sinais e sintomas do estresse ocupacional é essencialmente clínico, baseado nos rastreamentos individual e do risco nas situações de trabalho. (PRADO, 2016, p. 287).

Com as mudanças ocorridas no final do século XX ao XXI, com o mundo globalizado o trabalho foi tornando uma espécie de “quebra de braço”, leva quem for mais forte, o individualismo, a destruição de laços afetivos, as relações interprofissionais se tornam desgastantes, os trabalhadores se voltam contra si mesmos, contra sua classe.

Na saúde, o trabalho repetitivo com ritmo intenso, sob forte pressão da demanda, com controle excessivo e com metas de desempenho elevadas, discriminação de raça e gênero, trabalho degradante, vivência de situações traumáticas, trabalho noturno, são algumas das situações mais estressantes

para os profissionais. Cada trabalhador possui características próprias, e em razão da sua historicidade, dispõe de descargas que não são as mesmas dos demais, portanto, cada um poderá reagir de diferente modo e desenvolver diferente morbidade a partir dos estressores ocupacionais.

A exposição prolongada a agentes estressores pode levar a SB, com números crescentes a cada dia, em linhas gerais trata-se do esgotamento físico e mental no trabalho, “é considerada como uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, sendo classificada como exaustão emocional, despersonalização e ineficácia [...]” (PRADO, 2016, p. 287). São derivações do ambiente físico e psíquico do trabalho, os indivíduos que atuam com trabalho ligados a assistência a outras pessoas, cuidados em saúde, educação, serviços humanos, estão mais propensos ao risco ocupacional de desenvolvimento da síndrome (PRADO, 2016).

É importante reequilibrar a vida diante do estresse, realizar tarefas que englobe não só trabalho, mas também descanso, prática de exercícios, estilo de vida voltado para a saúde e bem-estar, com autoestima, procurando dar verdadeiro sentido à vida e ao trabalho, através de uma rotina de exercícios de relaxamento e cuidados integral de si.

Trabalhar na saúde demanda atuação com o doente, e também com os familiares, estas relações nem sempre são amigáveis, podendo ocasionar situações tensas, hostis, conturbadas e de cobranças, lidar com sofrimento, condições de trabalho insatisfatória, sobrecarga de trabalho por insuficiência de funcionários, dupla jornada, plantões noturnos, relações com gerências e com demais profissionais, são alguns dos múltiplos estressores encontrados nos espaços de saúde em geral, em especial nos hospitais. Além desses fatores, cada indivíduo lida diariamente com os seus próprios conflitos internos ou familiares, de modo que a exposição a mais sofrimentos, somado a outros aspectos como o não reconhecimento do seu trabalho, por exemplo, pode desenvolver ou agravar situações de estresse que quando prolongado torna-se crônico.

Baseados nas normativas da OMS apresenta-se quatro dimensões para ocorrência dos fatores de riscos para desenvolvimento da SB, tais dimensões são: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). Dimensão organizacional envolve a burocracia, falta de

autonomia, normas institucionais rígidas, mudanças frequentes sem aviso prévio, falta de confiança, respeito, comunicação ineficiente, remuneração baixa, impossibilidade de ascensão profissional, falta de reconhecimento profissional, ambiente físico com má iluminação, pouca higiene, ruídos, etc., acúmulo de tarefas e relações interpessoais ruins.

Dimensão individual circunda características de personalidade como autoestima, autoconfiança, pessimismo, perfeccionismo, idealismo, expectativas, passividade. Fatores laborais abrange a sobrecarga, falta de controle nas atividades desenvolvidas, privação de participação nas decisões, iniquidades, turnos noturnos, falta de suporte da organização empregadora, relacionamentos hostis, responsabilidades sobre a vida de outrem, relações próximas das pessoas atendidas, conflitos de atribuições. Por fim, os fatores sociais como a falta de suporte social e da família, valores e normas culturais, são fatores de desencadeamento da SB.

Isto posto, a SB apresenta causas multifatoriais, “pode-se apresentar em comorbidade com algumas doenças psiquiátricas ou até desencadeá-las, como *burnout* seguido por transtorno depressivo [...]” (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007, p. 231). A depressão é colocada como o “mal do século”, sua incidência também engloba as diversas situações já mencionadas, acerca do ambiente laborativo, das relações familiares, com colegas de trabalho, com situações trágicas vivenciadas, enfim, uma infinidade de elementos e possibilidades. Os transtornos de humor são de uma complexidade ampla, trata de questões subjetivas e delicadas da vida humana, “[...] definidos como síndromes, ao invés de doenças específicas, consistindo em conjuntos de sinais e sintomas mantidos por um período de semanas a meses que diferem marcadamente do funcionamento habitual da pessoa e tendem a recorrência de modo periódico ou cíclico. [...]” (JARDIM, 2011, p. 85).

A vida tem fases, algumas tristes que fazem parte do cotidiano, mas isso não caracteriza como uma depressão. É algo maior, como se nada mais valesse a pena, provém de um fator interno ou externo, maioria das vezes tem um gatilho externo, a partir deste desencadeia o quadro, se instala no decorrer do tempo, gradualmente, através da redução da vontade de socialização, insônia ou sono demasiado, sem motivação para nada. Uma doença grave que pode evoluir ao suicídio, podendo ocorrer em qualquer fase da vida,

[...] tristeza sem motivo justificável, o desânimo, o desinteresse pela vida e pelo trabalho, a irritabilidade, a inapetência e a insônia. O sentimento de vazio, de falta de sentido na vida e do esgotamento caracterizam os casos mais graves, chegando às ideias e tentativas de suicídio. Outro aspecto importante da depressão é o silêncio, a dificuldade de falar que o deprimido apresenta. (JARDIM, 2011, p. 86).

É basilar o acompanhamento de perto e observação da sintomatologia para o diagnóstico, este devendo ser realizado obrigatoriamente por um profissional psicólogo ou psiquiatra. Não se trata de uma dor física, mas subjetiva, o convívio com pessoas que apresentam depressão é difícil e essencial, o indivíduo não se expõe, a casa normalmente é considerada o melhor local para estar sempre. O tratamento deve acompanhar medicação e psicoterapia concomitantemente, de acordo com as orientações dos profissionais competentes.

O assédio moral e/ou sexual são também condições indutoras de transtornos de humor e outras enfermidades como problemas digestivos, tensão musculoesquelético, por exemplo. A depressão, nervosismo, angústia, choro, insônia, irritabilidade, ansiedade no trabalho pode tratar-se das repercussões que a prática do assédio produz na saúde dos indivíduos. O assédio é caracterizado como uma violência psicológica, tanto o assédio sexual quanto o moral. O assédio moral pode ser vertical ou horizontal, maior parte dos casos são verticais, ou seja, vindo de um membro superior da organização. Assédio sexual atinge mais as mulheres em seus postos de trabalho, além do medo e todas as demais possibilidades de adoecimento, o assédio sexual acirra as desigualdades no mercado de trabalho, traz insegurança e desemprego, pois as mulheres por vezes escolhem retirar-se do que realizar denúncia, a qual não tem garantia de punição do agressor, podendo ser hostilizada e desrespeitada, ferindo um direito fundamental no trabalho que é um ambiente justo e saudável, consequentemente produtivo.

Em maio de 2017 o Ministério Público do Trabalho (MPT) juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançaram uma cartilha em formato de perguntas que aborda a questão do assédio sexual no trabalho, tem

como objetivo esclarecer ao trabalhador e a trabalhadora, aos empregadores e órgãos de proteção o que caracteriza o assédio sexual no ambiente de trabalho.

A Lei nº 10.224/2001 tipifica o assédio sexual como crime, as denúncias devem ocorrer junto ao MPT, Justiça do Trabalho (JT) e aos sindicatos. Além disso, existem o sistema de ouvidoria das empresas e órgãos, os quais possuem maior número de denúncia que são ignoradas e tratadas como menos importantes, assim

os casos de assédio sexual chegam em reduzido número aos órgãos externos à empresa e mesmo ao MPT e ao sindicato. Tantos menos alcançam a Justiça do Trabalho. A subnotificação dos casos de assédio sexual ou a confusão com assédio moral ainda são grandes. Isso decorre sem dúvida da posição da vítima que ainda enfrenta uma série de barreiras e preconceitos para romper com o silêncio e, ainda, culpa a si própria pela ocorrência do assédio, tal como foi culturalmente programada a agir. (BRASIL, 2017, p. 5-6).

Salienta-se que não apenas as mulheres são vítimas do assédio sexual, no entanto, pela sua incidência e histórico ao adentrar no mercado de trabalho a questão de gênero toma uma significância maior neste contexto, podendo ainda ocorrer entre pessoas do mesmo sexo, contendo hierarquia ou não, o assédio sexual pode também vir de um usuário do serviço. As formas não incluem somente a física, mas podendo ser também virtual ou de cunho sutil, verbal, escrita e gestual, estando ou não dentro do ambiente de trabalho. O trabalho é um direito social de todos, independe de gênero, não se refere a uma luta homem versus mulher, mas sim de todos. “As violências contra a mulher em seu trabalho, como o assédio sexual, atingem a quantidade e a qualidade de seu trabalho, abalam sua saúde, em prejuízo do empregador e da sociedade brasileira hoje composta com metade da população do sexo feminino.” (BRASIL, 2017, p. 6). Dentre as consequências estão a repercussão física e mental, podendo o assédio ser considerado doença ocupacional gerando garantias e direitos como emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), adaptação de funções e horários, estabilidade no emprego e recebimento de auxílio previdenciário.

É recorrente haver equívoco entre assédio moral e sexual, apesar de serem dois tipos de violência subjetiva, reconhecida pela OIT, ocorrem de modo

diferente. Ambas fazem parte da macroestrutura social, histórica e dinâmica do capital, estratégia de superexploração e deterioração das relações trabalhistas. Parte do que demanda o sistema capitalista em seu funcionamento é a captação da subjetividade do trabalhador de modo alienante.

O assédio moral ocorre entre trabalhador e empregador ou ainda entre ambos, horizontal ou vertical como já mencionado. Situações recorrentes de humilhações, constrangimentos, perseguições, ofensas, caracterizam o assédio moral, cada vez menos o funcionário possui controle sobre sua atividade, sendo a todo momento acompanhado, observado, sofrendo punições.

O assédio moral pode ser considerado a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, de forma repetitiva e prolongada durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. Geralmente ocorrem em relações hierárquicas autoritárias. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos superiores em relação a seus subordinados, constituindo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. (MARTINI; SOUZA; STANG, 2017, p. 3).

Contação de piadas, chacotas, comparações, ameaças, comentários sobre orientação sexual, vestimentas, aparência física, críticas públicas, sobrecarga de tarefas, retirada de instrumentos como forma de atrapalhar o andamento do serviço, falta de clareza no que foi solicitado, desvio de função, exclusão e afastamento dos colegas ou do posto de trabalho, são alguns dos métodos utilizados para que ocorram assédio moral. Os motivos para ocorrência do assédio são diversos, a não submissão a regras consideradas rígidas, funcionários quando esforçado, inteligente ou não cumprimento de metas excessivas. Entra em cena também, o processo de culpabilização do indivíduo e a ausência de ajuda por parte dos parceiros de trabalho.

Atitudes que se praticadas cotidianamente desmotiva e adocece os trabalhadores, as consequências acometem os indivíduos, o funcionamento do serviço e os usuários. As denúncias podem ser realizadas através dos mesmos mecanismos citados anteriormente acerca do assédio sexual, através de ouvidoria, MPT, JT e sindicatos, para que se promova intervenções nas condutas de assédio moral.

Desmotivação para o trabalho, estresse, identidade profissional afetada, sentimento de menosprezo, depressão, dores articulares, etc., as repercussões na saúde quando destas práticas são variadas. Trabalhadores tendem a conviver em condições desumanas para garantir subsistência sua e de sua família.

As doenças físicas interferem no psíquico, e podem gerar adoecimento, assim como as psíquicas interferem no aspecto físico, podendo também desencadear outras mais. Estando o social envolto dos dois dialeticamente, o corpo humano é indissociável do psiquismo.

Com as mudanças no processo de trabalho decorrente da industrialização avançada, o trabalho se desenvolve de forma monótona e repetitiva causando dores musculoesquelética, segundo a Norma e Manual Técnico nº 103 (NMT) do Ministério da Saúde (MS), inicialmente a LER foi referenciada pela Previdência Social como tenossinovite do digitador, pois os trabalhadores desta área começaram a apresentar acometimento nas articulações, posteriormente a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) passou a utilizar a nomenclatura LER, somente em 1998 a Previdência Social passa a utilizar a sigla DORT, considerada lesões ocupacionais, em diversos países possuem nomenclatura diferentes, no entanto, no Brasil costuma utilizar a denominação LER/DORT. Entendendo que as lesões não são derivadas somente do esforço repetitivo, mas de multifatores, incluindo psíquicos.

Com as transformações no mundo do trabalho os atores sociais passaram a reivindicar melhorias, pois com a industrialização em massa mudam os fatores de riscos e agravos a saúde, esta visibilidade fez com que a LER/DORT se tornasse cada vez mais pesquisada, pautada nos espaços de proteção. O MTE criou a NR nº 17 que trata da questão ergonômica

[...] visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo que a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho. (BRASIL, 1990).

Salienta-se na NR que a organização do trabalho, o espaço, a subjetividade, são pontos relevantes. O desenvolvimento da LER/DORT perpassa o corpo e a mente humana. “As LER/DORT atingem trabalhadores dos mais diversos ramos de atividade e em grande número, o que configura um problema disseminado e não específico de uma ou outra categoria profissional.” (BRASIL, 2001, p. 14). A intervenção para reabilitação e prevenção da LER/DORT, surtem efeito limitado se realizado somente no aspecto biomecânico como a mudança no mobiliário para melhor postura, carregamento de peso, inclinações, etc., desconsiderando o fator organizacional e do ambiente de trabalho. Apesar da repetitividade ser um fator de risco constante para desenvolvimento da LER/DORT, importa salientar que as posturas estáticas e levantamento de peso também são fatores de risco.

O que vai determinar maior ou menor risco segundo a NMT nº 103 do MS é a intensidade, duração e frequência das atividades, portanto, o descanso durante a jornada de trabalho é fundamental para a recuperação do corpo e mente, momentos para diminuir a tensão das tarefas, ressalta que “[...] o esforço mental exigido por uma tarefa influi sobre o estresse psicológico e sobre o comportamento e que uma sobrecarga quantitativa ou uma subcarga qualitativa podem desencadear reações de estresse, logo, um risco para ocorrência de LER/DORT.” (BRASIL, 2001, p. 28). Além da organização, ambiente, repetitividade, postura estática, peso, outros fatores segundo a NMT são posturas inadequadas, invariabilidade de tarefa, choques e impactos, pressão mecânica, vibração e frio. Quando mais de um fator atuam em conjunto dá-se o risco de desenvolvimento da LER/DORT.

Em relação a organização do trabalho, engloba muitos mecanismos de desencadeamento, o conteúdo do trabalho que pode restringir determinado músculo, pressão e autoridade hierárquica, exigência de metas, controle excessivo do trabalhador, punição, comunicação ruim, dificuldades interpessoais, mudanças repentinas, são situações que trazem sofrimento psíquico através do medo e ansiedade. O contexto do mundo do trabalho é de sofrimento para quem está fora do mercado de trabalho, ou seja, excluído socialmente da reprodução social por meio de bens materiais e, também para quem está inserido no mercado de trabalho, pois enfrentam episódios de

descaso, humilhação, não reconhecimento do seu papel e contradição entre trabalhar e a possuir saúde e qualidade de vida.

Todas estas questões somadas ao espaço de trabalho complexo como os hospitais públicos, que possuem peculiaridades no funcionamento, além de problemáticas como a falta de investimento, as condições e relações trabalhistas difíceis, possuem influências políticas muito forte, no hospital público a população atendida são os mais vulneráveis sociais.

As consequências deste cenário é o aumento do absenteísmo, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Repensar o cuidado do próprio funcionário que tem dentre outras atribuições, cuidar dos pacientes e garantir o direito à saúde, o estado de saúde irá refletir no atendimento ao usuário. Ambos possuem este direito, um de trabalhar sem adoecer, o outro de ser bem tratado ao entrar no serviço.

4. CAPÍTULO III - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

O Serviço Social possui uma trajetória de luta, amadurecimento enquanto categoria, reafirmação do seu significado social e consolidação do seu espaço de atuação profissional requisitado para intervenção nas diversas expressões da questão social, participa na elaboração, execução, planejamento e avaliação de políticas públicas, atua com mediações entre seu empregador, - o Estado e a burguesia - em defesa da classe subalterna. Logo,

[...] o significado social da profissão só pode ser desvendado em sua inserção na sociedade, ou seja, a análise da profissão, de suas demandas, tarefas e atribuições em si mesmas não permitem desvendar a lógica no interior da qual essas demandas, tarefas e atribuições ganham sentido. Assim sendo, é preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e as suas manifestações, em múltiplas dimensões. Essas dimensões constituem a sociabilidade humana e estão presentes no cotidiano da prática profissional, condicionando-o e atribuindo-lhe características particulares. (YAZBEK, 2009, p. 3).

Ao despontar no Brasil, a profissão tinha o desafio de atuar num cenário de extrema complexidade e particularidade, de cunho político e econômico. Fortifica-se a partir dos anos 1945 com o crescimento do capitalismo, e em consonância com o crescimento da pobreza nos centros urbanos, ocasionado pelo êxodo rural com o advento da industrialização. Logo, o “Serviço Social como profissão é resultado das demandas da sociedade capitalista e suas estratégias e mecanismos de opressão social e reprodução da ideologia dominante. ” (PIANA, 2009, p. 87).

4.1. Atuação do Serviço Social na área da saúde

O assistente social em seu fazer profissional tem como um dos objetivos mediar relações sociais considerando as dimensões universais, singulares e particulares dos usuários. “As áreas de atuação que mais absorvem os profissionais de Serviço Social [...] pertencem à Seguridade Social, especificamente a Saúde e a Assistência Social. [...]”. (ARANHA, 2008, p. 38). Estas áreas são historicamente os campos que mais empregam assistentes sociais, a segunda possui demanda por este profissional desde o fortalecimento da profissão, desta forma, “[...] no Brasil os assistentes sociais começaram a ser requisitados no setor saúde a partir de 1945, no contexto do processo de expansão do capitalismo e das mudanças internacionais geradas pelo fim da Segunda Guerra Mundial [...] ” (BRAVO, 2009 apud LANZA, 2012, p. 215).

No momento de efervescência das lutas populares pela constituição promulgada em 1988 que temos como conquista, além de muitas outras, a Reforma Sanitária e a criação do SUS. Na década de 1980 e 1990 havia na categoria dos/as assistentes sociais, o processo de renovação da profissão, trazendo avanços e incorporações de enredo marxista, a defesa intransigente dos direitos sociais da classe trabalhadora, tendo este movimento culminado no Projeto Ético Político (PEP) que temos na atualidade.

Apesar da atuação ter sido iniciada anteriormente, somente em 1997 que o Serviço Social obtém reconhecimento em termos jurídicos, para sua ação na área da saúde, através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que traz elencado as diversas profissões enquanto profissionais da saúde, entre elas os/as assistentes sociais.

Com a criação do SUS no tripé da seguridade social, a saúde passa a ser tratada como universal e em sua totalidade, e principalmente como um direito garantido constitucionalmente e dever do Estado, com o SUS,

rompe-se através da universalidade, o acesso privilegiado a saúde que passa a ser compreendida enquanto direito, o que viabiliza o alcance da igualdade. Por meio da equidade assegura-se o acesso à saúde a todo cidadão, independentemente de qualquer classificação, social, cultural, étnica ou religiosa. E, através da integralidade, reconhece-se a totalidade de cada indivíduo, e prevê que a saúde seja tratada em todos os níveis de atenção, sem priorização da hospitalização pela alta complexidade. (NOGUEIRA; SARRETA, 2016, p. 3)

O profissional assistente social passa a ser cada vez mais requisitado nos serviços de saúde em todos os níveis. Ao tempo em que se gestava e celebrava no Brasil as conquistas da década de 1980, o Serviço Social, não em um caminho oposto, mas desarticulada naquele momento a construção dos acontecimentos externos (BRAVO; MATOS, 2009), realizava mudanças internas na profissão com a intensão de ruptura e aproximação teórica com o marxismo, "nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo" (BRAVO; MATOS, 2009, p. 202-203), havendo disputas de direcionamento da profissão. Uma dessas disputas era em relação ao aporte teórico metodológico do Serviço Social, entre a ala mais conservadora e a mais avançada da profissão. Nesse interim, a construção do PEP e a ocorrência da reforma sanitária se deram em momentos correlatos.

A reforma sanitária e o PEP possuem aspectos de defesa comuns "através da afinidade entre os princípios, aporte e referências teóricas e metodológicas" (NOGUEIRA; SARRETA, 2016, p. 7) também reflexo das discussões conjunturais do momento de luta pela redemocratização nos anos 80, do mesmo modo a partir dos anos 90 com o avanço do neoliberalismo vem ocorrendo conflitos de interesse por parte do modelo neoliberal introduzido na área da saúde.

Hoje são dois projetos em disputa, o projeto sanitário e o projeto neoliberal, este último, desde os anos 90 quando se consolidou no Brasil, vem

tornando ínfimas as políticas públicas, ao qual “confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, tecido desde a década de 80 e com o projeto de reforma sanitária.” (BRAVO; MATOS, 2009, 205).

O projeto privatista prevê mudanças na gestão, interferência mínima do Estado, saúde pública para os mais miseráveis com serviços focalizados e precarizados, diferentemente da universalização e totalidade contido no projeto sanitário. Cenário prejudicial a atuação do Serviço Social de modo qualificado, algumas das requisições para o/a assistente social por parte dos dois projetos em disputa, o projeto neoliberal tais como,

seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

São muitos os limites impostos a atuação profissional em que pese a efetivação de uma prática condizente com a perspectiva sanitaria e conceito ampliado de saúde. Torna-se necessário identificar os impasses e resgatar a natureza política e ideológica do projeto sanitaria, buscar ações de efetivação do modelo de modo a termos uma política de saúde pública, universal e integral.

4.2. Exercício profissional do Serviço Social em hospitais

Ao dar entrada em determinado espaço hospitalar, os indivíduos levam consigo toda sua carga de objetividade e subjetividade. Suas demandas sociais são presentes e constantes, daí a necessidade de intervenção de um profissional qualificado para tais temas. Neste exercício profissional, o assistente social assim como os demais profissionais da saúde, são trabalhadores que buscam a materialização do que demanda a OMS em relação ao trato da saúde em sua totalidade.

Assim, situá-lo enquanto trabalhador que exerce atividade remunerada, mediação necessária para sua reprodução social através do trabalho e o cuidado da saúde do mesmo. Os parâmetros para atuação na saúde, busca orientar a categoria sobre as demandas requisitadas aos profissionais no setor saúde aclarando acerca das mesmas por parte dos usuários e também dos empregadores no setor, trata-se de um documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010). “Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia.” (MARTINELLI, 2011, p. 500).

No capitalismo avançado tudo transforma-se em mercadoria, naturaliza a mercantilização da vida, focaliza as políticas sociais, e principalmente, desresponsabiliza o Estado. Pontuamos aqui a existência de dois modelos de gestão na área da saúde, o modelo fordista e o modelo de acumulação flexível, com estes dois modelos buscamos “elucidar momentos diferenciados da política de saúde e que influenciam nas práticas dos profissionais, entre eles o assistente social inserido na saúde coletiva.” (SODRÉ, 2010, p. 454).

O autor refere-se ao fordismo na saúde como *saúde-fábrica*, com a mudança para industrialização o Brasil tornou-se um país mais urbano, que demandava estruturas avançadas, mas também novos sistemas de gestão que dessem conta do contingente populacional e suas demandas em relação à saúde. Este cenário traz novas estruturas, gestões e modos de relação entre as equipes.

O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma, aos poucos molda-se uma *rotina* também para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro. O Serviço Social criou e reproduziu normas institucionais de forma mecanizada para todos aqueles que o procuravam. Mas como não ter um texto pronto se a proposta institucional é seriada, dividida por especialidades? Em cada clínica, enfermaria ou ambulatório “apertam-se parafusos” em partes diferentes do corpo humano. (SODRÉ, 2010, p. 457).

No modelo de saúde hospitalar em que os pacientes eram tratados como produto e como partes, a interação entre os profissionais praticamente era

inexistente, cada um realizava suas atividades em sua determinada especialidade, de forma rápida e mecanizada, cada um com seu prontuário, desta forma, o indivíduo era tratado de maneira setorializada.

Com a acumulação flexível presente na saúde, “percebeu-se um deslocamento entre as terminologias *saúde pública* e *saúde coletiva*” (SODRÉ, 2010, p. 461, grifos do autor). Com a saúde coletiva veio a Estratégia de Saúde da família (ESF), com os agentes comunitários e visitas domiciliares e o discurso humanizador, este que

se por um lado promove menos máquinas, menos produção em série, menos fordismo na saúde, por outro traz uma prática extremamente alienante, tanto do ponto de vista do profissional da saúde, quanto para seu usuário. No campo hospitalar, hoje, os usuários caracterizam-se por pessoas doentes. Não existem pessoas saudáveis em busca de atendimento hospitalar. Neste sentido, qualquer um desses demandantes estão ali à espera de qualquer profissional que lhe dê o mínimo de atenção, de escuta ou mesmo uma ínfima informação. (SODRÉ, 2010, p. 465).

Com a flexibilização na gestão, temos trabalhadores com carga horaria extenuantes, ambientes insalubres e locais ínfimos para realização dos processos de trabalho (SODRÉ, 2010). O assistente social é demandado a atuar em questões complexas, uma profissão que possui particularidades, lida diretamente com as situações diversificadas dos usuários. No caso da saúde a falta da mesma pode ser um dos momentos mais frágeis da vida dos indivíduos, seja de um parente ou de si mesmo, lida, na maioria dos casos, com a população mais vulnerável em termos socioeconômicos. Uma população sedenta de atenção e de itens básicos para sobreviver, “[...] no atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.” (MARTINELLI, 2011, p. 499).

Inscrita na divisão social e técnica do trabalho, está entre as profissões que não geram produtos materiais, atuam sobre as condições de vida da população que requerem seus serviços. Vende sua força de trabalho (trabalho abstrato), força esta qualificada através de curso de graduação em nível superior que lhe dá subsídios para prestação de serviço. Assim,

o assistente social vende sua força de trabalho especializada em troca de salário, a instituição detém os meios de trabalho necessários para implementação dos projetos, atividades com base nas políticas públicas e privadas, ou seja, toda a ação do profissional fica subordinada as exigências de quem comprou o direito de consumir – assim como todo trabalhador. (AVILLA, 2017, p. 4).

É importante realizar esta caracterização da profissão para podermos situar o assistente social enquanto trabalhador das políticas públicas, dentre elas a saúde como macro política e os hospitais como um dos principais espaços de atuação, e onde concentra os serviços mais complexos de saúde.

O documento Parâmetros para atuação do assistente social na saúde aponta que os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2010, p.41).

Assim, os assistentes sociais atuantes em hospitais têm como algumas de suas atribuições a orientação de familiares e pacientes sobre normas, benefícios e direitos, tratamento domiciliar, cuidadores, visitas aos pacientes internados, acompanhamento de desospitalização dos pacientes.

4.3. Adoecimento do/a assistente social na contemporaneidade

Para entender o fenômeno do adoecimento é necessário abordar sobre a dinâmica do capitalismo contemporâneo, das crises cíclicas, da renovação do capital a cada crise, trazendo consigo novas formas de geração da mais-valia, ocasionando novas formas de exploração e novas relações sociais.

O processo de reestruturação produtiva do capital provocou “alterações na organização e gestão do trabalho que se expressam, por exemplo, na crescente terceirização, na intensificação do trabalho e na informalidade.” (MAURÍCIO; CARVALHO; CARMO, 2017, p. 3). A atuação do assistente social na ordem capitalista não está isenta das refrações ocasionadas por este, trabalhos ininterruptos, exaustivos, contratos temporários sem garantias trabalhistas, dentre outros aspectos.

A intervenção profissional do assistente social e assim, seu valor-de-uso, se efetiva a partir da mediação do trabalho assalariado, uma vez que, o assistente social vende sua força de trabalho especializada para obter uma quantia monetária equivalente a este trabalho e custear os itens essenciais para sua manutenção e reprodução – manutenção e reprodução própria e de seus familiares. (MAURÍCIO; CARVALHO; CARMO, 2017, p. 6).

O asseveramento das expressões da questão social, contribuem para o adoecimento dos profissionais assistentes sociais atuantes no pauperismo. A mercantilização da força especializada de trabalho produz novas relações sociais contribuem para a menor autonomia nos processos de trabalho, fomentam-se novas relações de gestões, com as demais áreas profissionais, especialmente na saúde, interferindo também na relação com o usuário e impactando nos lares de cada assistente social,

para os profissionais de Serviço Social está presente a acentuação do grau de sofrimento e frustração, visto que, deparam-se diariamente com as mais diversas refrações da questão social que assolam os usuários dos serviços nos quais se inserem. Aliado ao sofrimento e frustração em decorrência do contato ininterrupto com as mazelas sociais, temos o sofrimento em consequência da ampliação e intensificação das jornadas de trabalho; da precarização e da flexibilização do trabalho; e, de um modo geral, da decadência não só das condições de trabalho, mas também, das condições de vida. (MAURÍCIO; CARVALHO; CARMO, 2017, p. 10).

Logo, “os desmontes dos direitos sociais visualizados nas expressões da questão social a favor da flexibilização das relações trabalhistas, revelam desigualdades e/ou explorações inseridas no trabalho a partir das transformações do mundo do trabalho nos serviços de saúde.” (CÂMARA, 2013, p. 65). Estes são alguns dos fatores, segundo a autora, que implicam ou contribuem para o adoecimento do profissional, não só os assistentes sociais. Para cada nova mutação do capital, uma nova transformação na subjetividade do trabalhador, pois o processo alienante do sistema é uma das suas principais formas de agir. A falta de emprego, a insatisfação com o mesmo, o não reconhecimento do seu trabalho, a falta de autonomia, estão dentre os motivos pelo qual o profissional passa pelo processo saúde-doença.

Os assistentes sociais, assim como os demais trabalhadores, sofrem os impactos do modo capitalista no seu cotidiano, no fazer profissional, ocasionando adoecimento físico e/ou psíquico. É necessário buscar meios de enfrentamento ao cenário de modo que tenha ambientes saudáveis de atuação, não expostos a ambientes insalubres, diminuição da vulnerabilidade do trabalhador a doenças ocupacionais, sejam elas psíquicas ou físicas (MAURÍCIO; CARVALHO; CARMO, 2017).

5. CAPÍTULO IV - RESULTADOS

5.1. Perfil sociodemográfico do (a) assistente social atuante no hospital de referência

O perfil foi caracterizado por assistentes sociais do sexo feminino 95,8%, com faixa etária maior entre 31 a 40 anos (41,7%) e 41 a 50 anos (37,5), destas 41,7% são casadas, 54,2% possuem de 1 a 2 filhos (as), 50% praticam a religião católica, 50% se declaram parda, 50% possuem de 4 a 6 salários mínimo como renda familiar, 50% possuem especialização, 83,3% possuem vínculo celetista no hospital em questão e 62,5% possuem dois vínculos empregatício.

Os resultados correspondentes ao sexo feminino de 95,8% e 4,2% omissos, reflete questões de gênero historicamente representadas no Serviço Social, com atuação majoritária das mulheres.

Com relação a idade apresentaram: 4,2% com 20 a 30 anos, 41,7% com 31 a 40 anos, 41 a 50 anos com 37,5%, mais de 50 anos 16,7%. Faixa etária maior entre 30 a 50 anos de idade, mas também há representação significativa de assistentes sociais com mais de 51 anos (16,7%).

O estado civil ou situação conjugal maioria declararam ser casadas 41,7%, solteira 33,3%, separada ou divorciada 12,5%, com companheiro 8,3%, omissos 4,2%. Em relação ao número de filhos 54,2% afirmaram possuir 1 a 2 filhos, nenhum 41,7% e 3 a 4 filhos 4,2%.

Na variável religião, 50% responderam ser católica, os demais se dividiram entre nenhuma 12,5%, protestante 12,5%, espírita 8,3%, umbanda 4,2%, outras com 8,3% e omissos 4,2%. Na variável “outras” foram descritas nos questionários como “Deus”, “candomblé” e “evangélica”.

Variável raça/cor 50% se declaram parda, 25% branca e 25% negra, nenhuma indígena. Orientação sexual 75% relataram ser heterossexual, 25% não responderam.

No que tange a renda familiar 50% das participantes da pesquisa possuem entre 4 e 6 salários mínimos (S/M), 29,2% de 7 a 9 S/M, 12,5% até 3 S/M, 8,3% mais de 10 S/M, embora seja um dado que inclui rendimentos de outros membros da família, chama atenção que 62,9% possuem dois vínculos empregatícios, 37,5% apenas um vínculo, sendo que o segundo vínculo maioria (33,3%) são estatutárias e 20,8% celetista, 8,3% comissionado, dado oposto referente ao hospital de referência, onde maior parte (83,3%) são celetistas e somente 16,7% estatutárias.

Em relação a formação profissional parte significativa (50%) possuem especialização e 41,7% apresentam apenas graduação, seguido de 4,2% com mestrado, não foi identificado nenhuma a título de doutorado, este cenário pode ter associação com a baixa remuneração, questões familiares e a alta carga horária, para dedicação a formação continuada das profissionais.

O tempo de trabalho profissional das mesmas foi de 37,5% acima de 15 anos, 33,3% de 10 a 15 anos e 29,2% de 5 a 10 anos, já o tempo de trabalho no hospital de referência apresentou 70,8% de 5 a 10 anos, 16,7% menos de 5 anos, e 12,5% 16 anos ou mais. O turno de trabalho no hospital 37,5% tarde, manhã e noite 29,2% ambos, plantonista 4,2%.

Carga horária semanal de trabalho no hospital de referência foram maioria (87,5%) de 30 horas, 8,3% omissa e 4,2% 60 horas. No item seguinte, discutiremos a carga horária semanal total incluindo todos os vínculos.

5.2. Caracterização do ambiente de trabalho

No que diz respeito a caracterização do ambiente laborativo, foram abordadas quatro variáveis, a primeira sobre as atribuições desenvolvidas pelas assistentes sociais no hospital de referência, dentre os índices maiores apresentaram sensibilização sobre os direitos sociais onde todas as respondentes relataram realizar (100%), visita aos leitos e acolhimento ao paciente e familiares com 95,8%, evolução de prontuário e divulgação de rotinas institucionais ambos aparecem com 91,7%, emissão de parecer social e emissão

de declaração de comparecimento ao atendimento de outros profissionais obtiveram 62,5%. A segunda tratou das condições de trabalho, numa escala de condições de trabalho a iluminação e relações interpessoais obtiveram maiores médias (3,08 e 2,88, respectivamente), privacidade e capacitação profissional com menores médias (1,38, 1,46 respectivamente). Capacitação profissional foi considerada péssima por 58,3%, privacidade péssima por 66,7%, espaço para descanso péssimo por 41,7%, cumprimento de protocolo péssimo por 41,7%, mobiliário ruim por 58,3%, arquivo e silêncio ruim por 50% ambos.

A terceira abordou sobre assédio moral e sexual, 29,2% afirmaram terem sofrido assédio moral no hospital, e 100% disseram não terem sofrido assédio sexual no trabalho.

A quarta sobre os riscos ocupacionais considerados existentes pelas profissionais do hospital, os índices mais frequentes foram ambientes com 78,3%, biológicos e psicológicos ambos com 73,9%.

No item atribuições do espaço sócioocupacional no hospital, elencamos questões de múltiplas escolhas com algumas atribuições da área da saúde extraídas do documento CFESS acerca dos parâmetros de atribuições e competência dos assistentes sociais na área da saúde, embora tenham sido colocadas três delas que não fazem parte das atribuições dos assistentes sociais (como demonstrado no mesmo documento), os dados referentes a estes itens demonstram que ainda convivemos com o cenário pontuado nos parâmetros de atuação do assistente social na saúde ao qual “a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (CFESS, 2010, p. 46). O item de múltipla escolha obteve 202 respostas, a análise de dados se deu através da porcentagem do número de respostas de cada atribuição (frequência), e em cima do número de assistentes sociais abordadas (casos válidos).

Tabela 1. Atribuições do espaço sociocupacional

Atribuições dos parâmetros (CFESS, 2010)	Nº de respostas	Porcentagem frequência (202)	Porcentagem de casos válidos (24)
Sensibilização sobre os direitos sociais	24	11,9%	100,0%

Divulgação das rotinas institucionais	22	10,9%	91,7%
Campanhas de promoção da saúde	4	2,0%	16,7%
Realização de atividades em grupos com usuários e familiares	7	3,5%	29,2%
Realização de estudos sobre os usuários e familiares	12	5,9%	50,0%
Emissão de declaração de comparecimento atendimento de outros profissionais	15	7,4%	62,5%
Encaminhamento de consultas e exames	3	1,5%	12,5%
Comunicação de óbitos	9	4,5%	37,5%
Supervisão de estágio em serviço social	12	5,9%	50,0%
Acolhimento ao paciente e familiares	23	11,4%	95,8%
Visita aos leitos	23	11,4%	95,8%
Emissão de parecer social	15	7,4%	62,5%
Evolução de prontuário	22	10,9%	91,7%
Outra	11	5,4%	45,8%
Total	202	100,0%	841,7%

As atribuições em discordância com os parâmetros foram: emissão de declaração de comparecimento ao atendimento de outros profissionais com 7,4% de frequência de respostas, representando 62,5% dos entrevistados; encaminhamentos de consultas e exames com 1,5% de respostas e 12,5% quando relacionado ao público atendido; e comunicação de óbitos com porcentagem de 4,5% de respostas dos indivíduos e 37,5% em relação ao público. Em contrapartida, verificou-se em uma resposta: “ainda não conseguimos extinguir essa ação”.

Embora apresente-se estes dados, confirmamos a hipótese que as atribuições e competências do exercício profissional dos/as assistentes sociais no hospital de referência estão de acordo com os parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde elaborado pelo CFESS (2010), tendo em vista que os números em discordância com os parâmetros foram relativamente

pequeno e fazem parte de regras institucionais e sistemáticas que os assistentes sociais ainda não conseguem extinguir, além disso, as atividades mais frequentes desenvolvidas estão de acordo com o documento.

Além das atribuições abordadas nos questionários, as trabalhadoras elencaram outras atribuições no hospital em questão na variável “outra (s)” são elas: emissão de relatórios sociais, encaminhamento para outras políticas e instituições, apoio aos familiares em casos de intercorrências e óbitos, interlocução com a rede socioassistencial, orientações sobre tramites funerários pós-comunicação do médico à família, acolhimento aos pacientes e familiares após noticiado o óbito com orientação sobre auxílios funerários e emissão da certidão de óbito, sensibilizar o acompanhante e paciente sobre a necessidade de continuidade do tratamento, visita domiciliar, escuta qualificada e notificação de SALVE¹ para conselho tutelar. Nota-se que apesar de haver parcela significativa que respondeu os itens comentados acima, também houve profissionais que se posicionaram relatando qual a conduta adequada em relação aos óbitos: “orientações sobre tramites funerários pós-comunicação do médico à família”, “apoio aos familiares em casos de intercorrências e óbitos”, acolhimento ao paciente e familiares após noticiado o óbito com orientações sobre tramites funerários e emissão de certidão de óbito”.

Quando abordadas sobre as condições de trabalho apresentou maior concentração nas alternativas “ruim e péssimo”, os itens questionados envolveram questões objetivas e subjetivas em relação as condições, ambos possuem interferências no cotidiano da vida pública e privada. As questões estruturais possuem influência direta e indireta na saúde dos profissionais, tendo em vista a relação existente no ambiente de trabalho e o quantitativo de horas, dias, meses e anos que se passa na localidade, principalmente quando se realiza atividades rotineiras.

¹ Projeto SALVE, criado em 2005, pela então coordenação do antigo Núcleo da Infância e Adolescência com o objetivo de estabelecer um processo de comunicação para os casos de violência, maus tratos ou exploração sexual contra criança ou adolescente, com vistas a possibilitar o procedimento de proteção e atendimento às vítimas, apuração e responsabilização do agressor. Por meio do SALVE, os profissionais que atuam na área de saúde e educação, que têm obrigação legal imposta pelo ECA, devem comunicar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente ao Conselho Tutelar, através de um formulário próprio, sem prejuízo de outras providências legais. Fonte: www.mpse.mp.br, acesso em 17 ago. 2018.

Na análise de dados utilizando uma escala de notas onde 5 equivaleu a excelente, 4 muito bom, 3 bom, 2 ruim e 1 péssimo, a média das variáveis não ultrapassaram a escala de bom, onde a iluminação foi a única variável a apresentar média em escala bom 3,08, e a menor foi em relação a privacidade 1,38 equivalendo a péssimo, as demais variaram numa prevalência entre ruim e péssimo.

Tabela 2. Escala mediana de condições de trabalho

	Média
Iluminação	3,08
Privacidade	1,38
Ventilação	2,43
Espaço para descanso	1,87
Material de expediente	2,50
Arquivo	1,83
Silêncio	1,75
Relações interpessoais	2,88
Capacitação profissional	1,46
Interdisciplinaridade	2,30
Cumprimento de protocolos	1,86
Móveis	1,70

As condições de trabalho foram consideradas como razoável (37,5%), péssimas (25%) e ruim (8,3%), os casos omissos representaram 29,2%.

Em relação a iluminação, obteve-se como resposta: “ bom” (66,7%), muito bom (20,8%) e ruim (12,5%).

Vale ressaltar que uma boa iluminação permite a preservação da visão e bem-estar do indivíduo, assim também ocorre com a ventilação do espaço, permite que o ambiente seja agradável.

Sobre a ventilação, as respostas foram: boa (58,3%), ruim (20,8%) e péssima (16,7%). A limpeza e manutenção de ar condicionados deve ser realizada de forma frequente, visto que, o mesmo é agente de armazenamento

e transporte de proliferação de doenças infectocontagiosas, de bactérias e fungos e demais microrganismos nocivos à saúde, principalmente por ser um local onde são realizados procedimentos de alta complexidade e permanecerem fechados por determinado tempo.

Os dados demonstram que as relações interpessoais tiveram prevalência entre bom e ruim com 41,7% e 25% respectivamente. Embora tenha apresentado variedade de respostas, os dados obtidos foram insuficientes para demonstrar se estas relações estão associadas a equipe de trabalho ou aos usuários do serviço. O cumprimento de protocolos e a interdisciplinaridade são duas das diversas questões que influenciam no trabalho e nas relações interpessoais.

No exercício profissional, a capacitação continuada e a interdisciplinaridade refletem no atendimento ao usuário e na saúde do assistente social, pois a capacitação vai permitir a constante reflexão e relação com os aportes teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão, permite também o desenvolvimento de habilidades para lidar com as demais áreas do conhecimento, propondo formas de atuação interdisciplinar, permitindo que cada área respeite o fazer técnico do outro, ao mesmo tempo buscando formas de atuação conjunta e sincronizada para melhor adequação dos encaminhamentos e tratamento dos pacientes, entendendo o sujeito em sua totalidade, com a integração dos saberes. Portanto, a capacitação continuada reflete na interdisciplinaridade e vice-versa, ambas têm como objetivo aprimorar a intervenção. A capacitação profissional no hospital de referência foi considerada ruim (37,5%) e péssima (58,3%), bom 4,2%, já a interdisciplinaridade obteve maior prevalência entre bom (41,7%) e ruim (29,2%), o conceito péssimo equivaleu a 20,8%.

O ambiente hospitalar é caracterizado pelo sofrimento e tensão, o silêncio permite ambiente tranquilizador tanto para o paciente, quanto para o profissional que realiza o acolhimento, barulhos e ruídos provoca desgaste mental e estresse, tira concentração e possui maior risco de cometimento de erros profissionais, o barulho não permite reflexão no fazer profissional.

É possível observar que as salas do Serviço Social, principalmente em unidades de saúde, são quase sempre a primeira sala visível ao usuário para pronto atendimento, este fato observado não permite que o assistente social se

programe para atendimento e recebimento do usuário, desta forma, o entra e sai de pessoas na sala impossibilita escuta qualificada e reflexão dos melhores caminhos para resolutividade das demandas dos usuários do serviço. Toda esta rotina gera estresse e ansiedade aos profissionais e desqualifica o serviço, no hospital de referência, em que o número de pacientes atendidos diariamente é grande, se formam filas na porta para atendimento. Além das salas não comportarem os próprios servidores por serem muito pequenas, dificulta a privacidade para acolhimento do usuário.

Em relação ao silêncio no ambiente de trabalho a maior prevalência foi ruim (50%) seguido de péssimo (37,5%) e bom 12,5%, no entanto pode haver setores mais ou menos conturbados, o que pode explicar as respostas de variável bom, além disso, o turno de trabalho (manhã, tarde, noite e plantões) pode apresentar variações quanto ao fluxo de pessoas.

Privacidade para atendimento individual e/ou grupal do usuário é exigência para todo e qualquer profissional do Serviço Social contido em seu código de ética, a estrutura de salas e equipamentos materiais para atendimento do usuário são essenciais para intervenção e também preservação da saúde dos trabalhadores que se encontra entre dilemas estruturais e assistenciais dos usuários do serviço.

Os dados demonstraram maiores índices nos conceitos péssimo (66,7%) e ruim (29,2%), apenas 4,2% bom.

Espaços para descanso dos profissionais são indispensáveis, as jornadas de trabalho intensas e extensas (principalmente quando se trata de plantão), exige do profissional um ritmo e esforço físico e mental que precisa ser recuperado através do descanso e bem-estar. As lesões osteomusculares possuem relação direta com este intervalo de descanso e recuperação entre as atividades, pois os fatores de riscos são a repetitividade, esforço e força, postura inadequada, trabalho muscular estático, invariabilidade da tarefa, choques e impactos, pressão mecânica, vibração, frio e fatores organizacionais, dependendo da intensidade, duração da exposição e frequência, além disso, a LER/DORT não são doenças exclusivas de determinada atividade ocupacional ou profissão (BRASIL, 2001), existem as que possuem maior suscetibilidade e predominância.

Ao serem questionadas sobre o espaço para descanso maioria (41,7%) respondeu ser péssimo, 29,2% bom e ruim 25%.

Com a precarização dos serviços e o desmonte das políticas sociais, os trabalhadores desenvolvem seu processo laboral com a condição material que a conjuntura impõe, situações que vão de encontro ao que preconiza a Resolução CFESS nº 493/2006 que estabelece as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social².

Móveis quebrados ou em más condições de conservação ocasionam riscos de acidentes, tanto aos profissionais, quanto aos usuários, trazendo também o desconforto e má postura nos acolhimentos e jornadas de trabalho. A ausência de local para arquivo compromete as atividades e fere os princípios do código de ética, como o sigilo profissional, por exemplo, impossibilita a organização do espaço de trabalho e a guarda de documentos importantes.

Os dados acerca do mobiliário tiveram prevalência no item ruim com 58,3% e péssimo com 33,3%. Assim como o item arquivo com 50% ruim e 33,3% péssimo.

Móveis, arquivo e material de expediente como canetas, pastas, computador, etc., são questões objetivas que refletem no subjetivo, pois estas condições interferem no desempenho profissional, de modo que ao ser inviabilizado a execução de seu trabalho os profissionais podem desencadear desmotivação, tristeza, estresse, tendendo a cair no fatalismo. A privação de materiais impossibilita a utilização de instrumentais técnico-operativos da profissão essenciais no cotidiano de trabalho. O item material de expediente obteve maior frequência entre bom e ruim no hospital, com 62,5% e 25% respectivamente, 12,5% péssimo.

² Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer. Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo. Art. 4º - O material técnico utilizado e produzido no atendimento é de caráter reservado, sendo seu uso e acesso restrito aos assistentes sociais.

Na área da saúde são empregados alguns protocolos específicos a depender do nível de complexidade e área, no Serviço Social é adotado o Procedimento Operacional Padrão (POP), no entanto, no hospital em questão o mesmo se encontra em processo de elaboração e análise. O POP permite dentre outras coisas, organizar a rotina do Serviço Social e disponibiliza-lo para demais áreas, onde possam ter conhecimento quais são as demandas e caminhos que os usuários devem percorrer para chegar ao Serviço Social. O não cumprimento de protocolos repercutem no trabalho com os sujeitos e nas relações com demais profissionais, põe os pacientes e trabalhadores em riscos e desgastes que podem ser evitados. Ao serem questionadas sobre o cumprimento de protocolos no hospital de referência, os dados demonstram que 41,7% consideram péssimo, 29,2% consideram bom e 20,8% consideram ruim.

Os dados sobre as condições de trabalho foram analisados sua consistência interna dos itens através do coeficiente Alfa de Cronbach ao qual mede a confiabilidade de questionários aplicados em pesquisa. O coeficiente calcula a variância de itens individuais e posteriormente a soma dos mesmos obtendo a média de confiabilidade, sendo a ideal geralmente entre 0,7 e 0,9.

Tabela 3. Estatística de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
0,788	0,779	12

Significa dizer que as respostas não foram dadas aleatoriamente, possuem correlações, homogeneidade dos itens. A probabilidade de erro entre os itens apresentou entre 0,5% a 1%.

Todas as profissionais respondentes disseram não terem sofrido assédio sexual no hospital de referência, diferentemente do assédio moral que apareceu em 29,2% sim e 66,7% não, foi perguntado também de que parte foi realizado o assédio, se por outros, chefia superior ou chefia imediata, com prevalência para “outros” com 20,8%, chefia superior e imediata ambas apresentaram 4,2%.

O assédio moral pode ser horizontal, causado pelos colegas e outros indivíduos ou vertical, ocasionado pelos seus empregadores ou coordenadores.

A gravidade das situações envolvendo o assédio moral fez com que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicasse, em maio de 2011, um manifesto denominado *Assédio moral nas relações de trabalho*. O conteúdo desse manifesto visou socializar a discussão sobre o assédio moral no trabalho, por entender que ele traz impacto para as relações profissionais e sociais dos sujeitos, além de gerar repercussões negativas à saúde dos(as) assistentes sociais. (SILVA; RAICHELIS, 2015, p. 589, grifos das autoras).

Para a OIT, a prática do assédio moral é considerada como violência psíquica, por se tratar de situações que atingem questões subjetivas dos sujeitos envolvidos, trazendo sofrimento para o trabalhador no ambiente laboral.

Numa indagação com múltiplas escolhas sobre os fatores de riscos ocupacionais aos quais consideram conter no hospital em seu exercício profissional, consideraram haver riscos ambientais 78,3% dos casos, biológicos e psicológicos ambos apresentaram 73,9% dos casos, sociais 56,5%, físicos 26,1%, no ambiente de atuação, com 87 respostas e 23 respondentes.

Tabela 4. Riscos ocupacionais

	N	Porcentagem respostas (87)	Porcentagem de casos (23)
Biológicos	17	19,5%	73,9%
Químicos	6	6,9%	26,1%
Físicos	16	18,4%	69,6%
Sociais	13	14,9%	56,5%
Ambientais	18	20,7%	78,3%
Psicológicos	17	19,5%	73,9%
Total	87	100,0%	378,3%

Como já discutido anteriormente, Agostini (2002) em sua classificação sobre os riscos ocupacionais engloba químicos, físicos, mecânicos, biológicos, organizacionais e ergonômicos, consideramos nesta análise que os riscos ambientais englobam todos os demais, considera-se o ambiente hospitalar como um todo, já os riscos sociais e psicológicos estão dentro dos organizacionais definidos pela autora, os riscos mecânicos não foram questionados tendo em

vista que o profissional assistente social apesar de estar num ambiente que possui manipulação de equipamentos e máquinas, não os utilizam na sua atuação, não descartando a possibilidade de ocorrência de acidentes com os mesmos sendo manipulados por outros profissionais no ambiente.

5.3. Condições de saúde do (a) assistente social

Ao abordar as condições de saúde das assistentes sociais, os dados demonstram que 79,2% reservam tempo para lazer, as atividades de lazer mais citadas foram o descanso com 23% de porcentagem de frequência, representando 73,9% dos profissionais alcançados; e leitura com 17,6% de frequência representando 56,5% de porcentagem dos casos. Em relação a pratica de atividade física 65,5% disseram não praticar nenhuma atividade, 95,8% relataram dormir de 5 a 8 horas diárias, 91,7% trabalham finais de semana e feriados, 50% possuem de 40 a 60 horas semanais de atividade no trabalho incluindo todos os vínculos, 62,5% consideram que o trabalho atrapalha de alguma forma a vida sociofamiliar.

Dos agravos a saúde mais frequentes apareceram o estresse com 40,9% de prevalência, representando 75% de profissionais alcançados, e a variável “outros” com 27,3% de frequência representando 50% das assistentes sociais abordadas, destes “outros” agravos mais citados foram os do sistema respiratório de forma escrita, aparece também nos dados as dermatoses com 11,4% de frequência e 20,8% de profissionais, intoxicação ocupacional 9,1% de frequência e 16,7% do total alcançado, e LER/DORT com 6,8% frequente e 12,5% do total. Consideram o trabalho muito estressante 37,5%, e 66,7% consideram haver relação entre afastamento por adoecimento e as condições de trabalho realizado no hospital, 83,3% disseram usufruir de férias, 70,8% disseram possuir dificuldades inter-relacionais com outros profissionais no local de trabalho, 54,2% relataram estar pouco motivado e 12,5% nada motivado no hospital de referência, ao serem questionadas sobre o programa de saúde do trabalhador no hospital, 54,2% disseram não conhecer.

Quando questionados sobre as atividades de lazer, 79,2% afirmaram reservar um certo tempo para o lazer no cotidiano. Chama atenção que 73,9% do número de assistentes sociais pesquisadas marcaram o descanso como

forma de lazer mais frequente, seguidos por leituras, encontro com amigos, praia, cinema, os demais citados foram atividades com a família, passeios, viagens, visita aos familiares e atividade física.

Tabela 5. Atividades de lazer frequentes

	Número de respostas	Porcentagem frequência (74)	Porcentagem de casos válidos (23)
Ir à praia	12	16,2%	52,2%
Assistir filme em cinema	11	14,9%	47,8%
Descanso	17	23,0%	73,9%
Encontro com amigos	12	16,2%	52,2%
Leitura	13	17,6%	56,5%
Outros	9	12,2%	39,1%
Total	74	100,0%	321,7%

No entanto, na questão atividade física apenas 37,5% relatou realizar algum tipo e 62,5% não praticam atividade física, as que praticam costumam fazer musculação, corrida, caminhada, pilates, muaythai e hidroginástica.

Salienta-se que a atividade física proporciona melhor condicionamento físico e é essencial para saúde do indivíduo, ajudando na produção e regulação hormonal, além da prevenção de doenças cardíacas, diabetes, obesidade, etc.

Em relação ao consumo de cigarro 100% disseram não utilizar, já o álcool 75,0% não faz consumo e 20,8% confirmou fazerem uso, não foram perguntados outros tipos de drogas, nem mesmo relatada pelas participantes, também não foi questionado a frequência e os efeitos causados por tais.

A quantidade de 5 a 8 horas diárias de sono foi citada pela maioria 95,8%, já em relação a qualidade de sono obteve-se uma média entre bom e regular com 37,5% e 45,8% respectivamente, os demais foram “ muito ruim” (8,3%), “ruim” e “muito boa” ambos com 4,2%.

Excessivas tarefas e plantões podem gerar a insuficiência de descanso durante o sono, com o não fortalecimento da imunidade, desregulação hormonal e descanso do cérebro, causando distúrbios do sono, portanto, prejudicando a qualidade de vida dos trabalhadores no cotidiano da vida pública e privada.

Ao serem questionadas se costumam trabalhar finais de semanas e feriados 91,7% das respostas foram afirmativas, trabalho exercido em regime de plantões com escalas, as frequências relatadas nos questionários obtiveram-se uma média de 2 a 3 plantões mensais.

A média de horas de atividade profissional desenvolvida durante a semana compreendeu de 30 a 60 horas, embora tenha sido também relatada de 60 a 80 horas de trabalho, são dados que incluem todos os vínculos de emprego, não só do hospital de referência. O quantitativo de horas semanais de 30 a 40 compreendeu 41,7%, de 40 a 60 horas (50%) de 60 a 80 horas (8,3%).

Os dados demonstram que 62,5% delas mencionaram que o trabalho atrapalha ou dificulta a vida sócio familiar de algum modo e 33,3% disseram não atrapalhar, 4,2% não responderam, dados relacionados a carga horária de trabalho extensiva e aos plantões nos finais de semana os quais prejudicam a conciliação entre vida profissional e familiar, além de impactar na saúde, bem-estar e conciliação com o tempo destinado a companhia da família e amigos.

Foram obtidos alguns relatos sobre as dificuldades sócio familiar e o trabalho: “passo 12 horas dia no trabalho”, “porque tenho dois vínculos empregatício manhã e tarde”, “porque dedico-me muito ao trabalho”, “finais de semana ter que trabalhar”, “falta de tempo para atividade com a família”, “depende”, “alguns momentos que gostaria de estar com a família, mas estou naquele dia escalada para plantão”, “de certa forma sim, pois o tempo dedicado no trabalho (inclusive aos finais de semana) poderia passar com a minha família”, “um pouco”, “não diria que atrapalha ou dificulta, mas impede de se ter maior tempo com a família”, por conta dos extras que optamos por dar, em virtude dos baixos salários”, “plantões noturno”, “cansaço e *stress*”, “por conta da escala noturna que nos impede de participar de alguns eventos”. Importante refletir sobre a não culpabilização dos trabalhadores pela sua jornada excessiva, por entender que estas são expressões do trabalho na sociedade capitalista, entendendo ainda que o número de vínculos e o adoecimento dos sujeitos são expressões da natureza exploratória do capital.

Dos agravos à saúde que as acometeram na atuação no hospital a mais citada foi o estresse e as doenças do sistema respiratório contido na variável “outras”, principalmente inflamação na garganta. No entanto, apareceram

também as dermatoses, intoxicação ocupacional, LER/DORT, pneumoconiose e transtornos diversos, como demonstrado na tabela 6.

Tabela 6. Agravos à saúde

	Número de respostas	Porcentagem frequência (44)	Porcentagem de casos válidos (24)
Intoxicação ocupacional	4	9,1%	16,7%
Dermatoses	5	11,4%	20,8%
LER/DORT	3	6,8%	12,5%
Pneumoconioses	1	2,3%	4,2%
Transtornos mentais diversos	1	2,3%	4,2%
Estresse	18	40,9%	75,0%
Outro	12	27,3%	50,0%
Total	44	100,0%	183,3%

Outros agravos mencionados pelas participantes nos questionários foram: “Cansaço pela rotina”, “infecções”, “doenças respiratórias”, “hipertensão arterial”, “inflamação de garganta”, “ansiedade”, “tendinite e ansiedade”, “inflamação na garganta”, “gripes, resfriados, infecção de garganta”, “infecções recorrentes de garganta”, “doenças respiratórias” e “HAS”.

Uma parcela de 54,2% disse não ter se afastado do trabalho no último ano por conta de doença, e 45,8% disseram ter se afastado, os motivos descritos foram os seguintes: “Cirurgia”, “crise asmática”, “rinite”, “HAS e virose”, “ansiedade”, “transtorno de ansiedade”, “aborto espontâneo”, “labirintite e problemas musculares”, “artrite reumática e fibromialgia”, “cirurgia bariátrica”, “infecção urinária e bacteriana”, “IVAS (infecções das vias aéreas superiores) e radiculopatia em S1”, “diabetes e artrose”.

Ao serem indagados sobre o nível de estresse causado pelo trabalho obteve-se prevalência de “muito estressante” e “estressante”. Como já relatado, por tratar-se de uma área complexa, a da saúde, e a atuação do Serviço Social nas expressões da questão social, junta-se também, o ambiente de alta complexidade e sofrimento do hospital, geram maiores desgastes físicos e emocionais aos trabalhadores.

Tabela 7. Nível de estresse no trabalho

	Frequência	Porcentagem
Muito estressante	9	37,5
Pouco estressante	5	20,8
Estressante	9	37,5
Omisso	1	4,2
Total	24	100,0

No que concerne ao afastamento do trabalho no último ano, 66,7% afirmou que as ausências tiveram relacionadas as condições de trabalho e atividades desenvolvidas no hospital as quais repercutiram em eventos de adoecimentos, e 20,8% relataram que o afastamento por adoecimento no último ano não teve relação com as condições de trabalho e as atividades desenvolvidas no hospital. Cerca de 70,8% disseram ter trabalhado doente no último ano, e 29,2% não trabalharam doente no último ano, foi questionado ainda sobre a frequência do trabalho doente no último ano 41,7% de 1 a 2 vezes, 16,7% de 3 a 4 vezes e 12,5% 5 ou mais vezes. Uma parcela de 83,3% disse ter usufruído de férias e 12,5% não, no entanto o fato de haver mais de um vínculo não garante que as mesmas tenham se afastado totalmente das atividades para poder descansar, haja vista que as férias podem ser em períodos distintos.

Em uma pesquisa qualitativa realizada com assistentes sociais sobre as condições de trabalho e adoecimento, as autoras constataram através dos diálogos

[...] que o sofrimento e o adoecimento vivenciado devem-se às suas precárias condições de trabalho, ao não reconhecimento de suas ações, à complexidade das expressões da questão social, à ineficiência das políticas públicas e aos baixos investimentos em recursos econômicos e humanos para o desenvolvimento de suas atividades. Essas situações geram sentimentos de incapacidade, angústia e mal-estar, provocando desgaste físico e mental, objetivados, muitas vezes, por meio de enfermidades e padecimentos. (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 97).

Doenças ocupacionais³ são aquelas derivadas de determinado tipo de atividade, já as doenças do trabalho são ocasionadas das condições de trabalho, no entanto ambas possuem interrelações. O estresse e a ansiedade são duas morbidades características do Serviço Social, pelo tipo de atividade que se desenvolve, a compreensão e intervenção nas expressões da questão social engloba diversos fatores e problemáticas, embora também façam parte das doenças do trabalho, pela relação direta com os meios disponibilizados para o fazer profissional, já as doenças do sistema respiratório são doenças oportunistas e peculiar da atuação em unidades de saúde, haja vista o aglomerado de pessoas com os mais diferentes casos de adoecimento e o ambiente fechado. Doenças como os transtornos diversos, LER/DORT, SB, estão ligadas aos níveis de estresse ocupacional e ansiedade. Embora a SB não tenha sido citada nos questionários as profissionais possuem sintomatologia que pode desencadear o quadro ou mesmo estar doente e não ter conhecimento, haja vista ocorrer a banalização do estresse.

Houve número elevado (70,8%) de profissionais que relataram ter dificuldades inter-relacionais com outros profissionais, 20,8% disseram não ter dificuldades e 8,3% não responderam, além disso foi perguntado como estas dificuldades interferem no cotidiano, de modo que obteve-se as seguintes respostas: “Qualidade no atendimento”, “agravando a ansiedade”, “na falta de discussão de um caso”; “no repasse de informações sobre o paciente, isso impacto no desenvolvimento das ações”, “a interdisciplinaridade comprometida”, “gerando *stress*”, “sentimento de impotência frente a falta de interdisciplinaridade para atender as demandas dos usuários”, “queda na produtividade”, “a má comunicação prejudica o fluxo de atividades”, “pouco”.

³As doenças ocupacionais ou profissional são produzidas ou desencadeadas no exercício da profissão, ou seja, são doenças que se originam pelo tipo de atividade exercida. Já as doenças do trabalho são oriundas das condições em que a atividade é exercida, Lei 8.213/91 Art. 20, que traz também as doenças que não são consideradas doenças do trabalho: Doença degenerativa; inerente a grupo etário; e a que não produza incapacidade laborativa; doença endêmica adquirida por habitante de região em que a mesma se desenvolva, assim é necessário comprovação entre a condição trabalhista e o surgimento da doença. Embora exista uma legislação que aponta as características e regras para considerar as doenças e acidentes de trabalho, a previdência social é responsável por averiguar e considerar acidente de trabalho os casos excepcionais em que seja observado a relação doença versus condições de trabalho. BRASIL. LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991, Planos de Benefícios da Previdência Social. **Ministério da Previdência Social**. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm> Acesso em: 27 jul. 2018.

Ao serem questionadas sobre o grau de motivação no trabalho a variável pouco motivado foi mais frequente, as desmotivações corresponderam aos aspectos: resolutividade em relação ao usuário do SUS; a forma de organização do trabalho; o quanto reconhecem/valorizam seu trabalho; as relações interpessoais; as condições de trabalho; a remuneração e salários atrasados. Variável motivados foram adicionados os quesitos: extras, valorização do profissional (a busca pelos serviços) pelos usuários do SUS. São questões que confirmam a hipótese que as condições de trabalho institucionais influenciam nas condições de saúde dos assistentes sociais, tendo em vista o grande número de profissionais que relataram desmotivação, o estresse e resolutividade em relação aos usuários do SUS. A desmotivação e estresse são alguns dos condicionantes para desencadeamento da SB e LER/DORT, como já citado anteriormente.

Tabela 8. Grau de motivação ao trabalho neste hospital

	Frequência	Porcentagem
Motivado(a)	7	29,2
Pouco motivado(a)	13	54,2
Nada motivado(a)	3	12,5
Total	23	95,8
Omisso	1	4,2
Total	24	100,0

Tabela 9. Aspectos que contribuem para desmotivação

	Nº de respostas	Porcentagem frequência (92)	Porcentagem de casos válidos (22)
Conteúdo do trabalho em si	18	19,6%	81,8%
A resolutividade em relação ao usuário do SUS	9	9,8%	40,9%
A forma de organização do trabalho	14	15,2%	63,6%

O quanto reconhecem/valorizam seu trabalho	9	9,8%	40,9%
As relações interpessoais	22	23,9%	100,0%
As condições de trabalho	20	21,7%	90,9%
Total	92	100,0%	418,2%

Tabela 10. Aspectos que contribuem para motivação

	Nº de respostas	Porcentagem frequência (38)	Porcentagem de casos (17)
Conteúdo do trabalho em si	12	31,6%	70,6%
A resolutividade em relação ao usuário do SUS	2	5,3%	11,8%
A forma de organização do trabalho	3	7,9%	17,6%
O quanto reconhecem/valorizam seu trabalho	4	10,5%	23,5%
As relações interpessoais	8	21,1%	47,1%
As condições de trabalho	1	2,6%	5,9%
A remuneração	1	2,6%	5,9%
Outros	4	10,5%	23,5%
Erro desvio	3	7,9%	17,6%
Total	38	100,0%	223,5%

Além disso foi perguntado o grau de importância do trabalho desenvolvido no hospital, as respostas variaram de 7 a 9 (com 20,8%, 25%, 25% respectivamente) há determinada relação com a desmotivação no espaço de trabalho, os profissionais tendem a não o valorizar.



Quando questionadas sobre o programa de saúde do trabalhador do hospital parte significativa (54,2%) relatou não conhecer 41,7% disse que sim e 4,2% omissos, parcela pequena (8,3%) disse conhecer e utilizar o serviço, 33,3% não utiliza.

Vale salientar que o programa de saúde do trabalhador dentro do hospital é realizado pela humanização, possui atendimento de psicólogo, psiquiatra, nutricionista e fisioterapeuta, no entanto a atuação é de modo pontual, individual e centrado na doença, necessitando de campanhas de divulgação e ampliação dos procedimentos, aguarda uma demanda espontânea que nem sempre no caminhar do trabalho dia a dia permite, nem mesmo se perceber que possui nível de adoecimento avançado.

Por fim, foram questionados sobre fatos que consideram importantes que, no entanto, não foram mencionados nos questionários: “Programa de atenção e cuidado ao trabalhador”, “espaços terapêuticos”, “programa de qualidade de vida”, “o nível de solidariedade/coleguismo entre os próprios profissionais de Serviço Social e o quanto isso impacta na questão da saúde do assistente social (neste hosocômio)”, “percebi que a pesquisa não questionou sobre os EPI’s, na atualidade há falta deles, a exemplo de mascaras”, “questões referentes aos EPI’s”, “senti dificuldade de responder a algumas questões somente tendo como referência apenas o trabalho no hospital” “considero importante também contemplar perguntas relacionadas a acessibilidade do hospital para pessoas com deficiência” .

Então, considerando a prevalência de notas razoáveis para as condições de trabalho no hospital abordada no subitem 5.2, considerando ainda o estresse e doenças do sistema respiratório aparecerem como as doenças mais frequentes que acometem as assistentes sociais, confirma-se a hipótese que as condições de trabalho institucionais influenciam nas condições de saúde dos assistentes sociais, além de 66,7% considerar que o afastamento por adoecimento no último ano teve relação com as condições de trabalho no hospital.

6. CONCLUSÃO

No que se refere aos objetivos da pesquisa, os mesmos foram alcançados a partir da análise da saúde dos/as assistentes sociais atuantes no hospital de referencia realizada através da revisão bibliográfica e dos dados coletados em campo, podendo também confirmar as hipóteses levantadas inicialmente no estudo acerca das atribuições e competências dos/as profissionais no hospital em questão e os parâmetros de atuação na saúde, além das condições de trabalho institucionais influenciarem direta e indiretamente as condições de saúde do público pesquisado.

As condições de saúde das assistentes sociais, demonstram haver problemas que encontram-se intimamente relacionados a carga horária exercida semanalmente, dado que 91,7% trabalham finais de semana e feriados, 50% possuem de 40 a 60 horas semanais de atividade no trabalho incluindo todos os vínculos, 62,5% consideram que o trabalho atrapalha de alguma forma a vida sociofamiliar. Dos agravos a saúde, o estresse e as doenças do sistema respiratório, são acometimentos que possuem aspectos de riscos ocupacionais biológicos e organizacionais, além das dermatoses, intoxicação ocupacional, ansiedade e LER/DORT.

O grau de estresse com frequência entre “muito estressante e estressante” das entrevistadas, e sua recorrência são situações as quais podem desencadear a SB, identificado por características individuais e ocupacionais em contextos que podem afetar o serviço em sua totalidade, podendo ter ocasiões de tensão entre usuário e funcionário, impactos nas relações interprofissionais,

negação de direitos, entre outros. Este é também um dado que relaciona-se ao número de vínculos empregatícios exercidos pelas profissionais do hospital.

O fato de haver maior predominância de mulheres na área do Serviço Social não apenas faz parte de um aspecto histórico social da profissão, mas também da entrada das mulheres no mercado de trabalho, permeada ainda de elementos contraditórios que envolvem questões de gênero em todo o mundo, a delegação de atividades do cuidado às mulheres, os baixos salários e a tripla jornada de trabalho desenvolvidas, este aspecto em profissões no âmbito da saúde são ainda mais visíveis.

Os dados apresentados formam um ciclo em que determinado aspecto interfere e condiciona outro. As questões que chamam atenção, e que possuem interações como a renda familiar de 4 a 6 salários mínimo, o vínculo empregatício celetista, o número de vínculos, o trabalho finais de semana, a carga horaria semanal de 40 a 60 horas de atividade trabalhista, as condições de trabalho com média entre razoável a péssimas, são questões que consideramos gerar uma contradição em relação a implantação da Lei Nº 12.317/2010 que trata das 30 horas semanais do assistente social sem redução de salário, tendo em vista que um dos objetivos da implantação da lei foi diminuir a carga horária extensiva dos assistentes sociais por conta do caráter do trabalho que o assistente social desenvolve, em meio a questões de sofrimento dos usuários, dentre outras situações.

O que está em discussão nesta reflexão são as formas que o capitalismo encontra de explorar cada vez mais a mão de obra do trabalhador, trata-se de uma das expressões da questão social, o desmonte das políticas aqui transitada entre a política de saúde e a do trabalho. Assim sendo, o profissional busca outros vínculos que possam suprir as necessidades materiais da vida cotidiana.

O segundo vínculo em sua maioria se apresentou como sendo estatutário, vínculo ao qual possuía há alguns anos uma certa estabilidade, ao qual encontra-se em extinção com o avanço do neoliberalismo na sociedade atual.

Consideramos haver ainda, relação direta entre a questão da formação continuada, interdisciplinaridade e as atribuições desenvolvidas pelas assistentes sociais no hospital de referência, tendo em vista serem pontos que se complementam e requerem conhecimento teórico e técnico-operativo, além

de posicionamento ético-político. Desta forma, inferimos que a ausência de compatibilidade de algumas atribuições no trabalho do assistente social neste espaço socioocupacional, fazem parte de questões que envolvem o desmonte dos serviços, além da descaracterização e individualismo no fazer profissional entre as diversas áreas - e o próprio Serviço Social com seus conflitos internos - , é necessário haver mediação por parte do profissional no momento da execução do que competem aos assistentes sociais, tendo clareza dos papéis, tanto por parte do empregador, do empregado e dos colegas de trabalho dentro das instituições.

O auto nível de estresse, cansaço, além de hipertensão, infecções respiratórias, dermatoses, os transtornos mentais diversos, principalmente a ansiedade que aparece nos resultados, e os casos de LER/DORT relatados pelas profissionais possuem correlação ao tipo de trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais, tempo de descanso e recuperação corporal e mental, ambiente de sofrimento e condições precárias de trabalho, além do número insuficiente de assistentes sociais para dar conta das demandas em todo hospital.

Salientamos, que culpabilizar o trabalhador pela sua jornada extensiva, dada as condições na sociedade capitalista que impõe situações desumanas, minimiza o debate e a reflexão totalizante.

O senso comum aponta o adoecimento do trabalhador como consequência de uma doença pré-existente ou pelos extras e plantões realizados - no caso da área da saúde. Essa questão coloca-o como um ser de improvável adoecimento, ao que parece se admite um acidente com equipamentos perfuro cortante, mas não admite-se o adoecer por conta do ambiente e relações de trabalho, e mesmo quando o acidente com equipamento ocorre se coloca em jogo a questão dos vínculos empregatícios, do cansaço por causa desse outro vínculo e desatenção, então o sujeito é cobrado e culpabilizado o tempo todo, sem levar em consideração que o mesmo encontra-se num sistema que não permite condições plenas de desenvolvimento de suas capacidades e atribuições, então por conta de todas estas questões e a grande demanda, a prática profissional tende a ser imediatista e pontual, principalmente em hospitais de alta complexidade, impactando na subjetividade.

Reforçamos que a sala para descanso dos profissionais faz parte da manutenção das condições físicas e psíquicas para o trabalho. Além disso, consideramos que a interiorização das salas de atendimento pode melhorar o andamento do serviço e a organização dos atendimentos individuais/grupais, visitas aos leitos, etc., gerando menos estresse e mais qualidade no atendimento. Outro desafio importante é a institucionalização do POP, para delimitação e qualificação da atuação profissional dentro do hospital de referência, além do reconhecimento enquanto categoria profissional pelos próprios pares, buscando não individualizar as questões, pensando alternativas conjuntas para melhoria das intervenções e saúde de todos os indivíduos.

As condições de trabalho físicas, ambientais e psicológicas de trabalho presentes no hospital, fazem parte do leque de fatores que condicionam o adoecimento profissional. Destacamos que a questão da privacidade prerrogativa essencial ao sigilo profissional, interfere nas condições de saúde do assistente social, pois o mesmo necessita atender o usuário, mas sem condições concretas pode leva-lo ao estresse, ansiedade, problemas do coração, medo de perder o emprego ou registro, etc.

Isto posto, o estudo foi relevante, haja vista a necessidade de discussão sobre a prática do assistente social em uma importante unidade hospitalar. A categoria dos/as assistentes sociais enquanto classe trabalhadora sofre os mesmos dilemas e rebatimentos dos demais trabalhadores na sociedade capitalista em curso, todavia, somado a atuação frente às expressões da questão social, experimentam uma dupla degradação.

Há necessidade de cuidado e percepção do próprio estado de saúde, dado que o estresse costuma ser desconsiderado, tratado como banal, no entanto quando apresentado em níveis altos e prolongado, junto à dores recorrentes, desânimo, relações conflituosas no trabalho podem desencadear doenças como a SB, considerada como um estafa no trabalho, além da SB, outros quadros como a LER/DORT, HAS, doenças mentais diversas, principalmente a depressão e ansiedade. Embora tenhamos a ausência da SB nos resultados dos agravos a saúde, o estresse e a desmotivação são uma das causas da mesma, assim como no caso das LER/DORT.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINI, M. Saúde do trabalhador. In: ANDRADE, A.; PINTO, SC.; OLIVEIRA, RS. (org.). **Animais de laboratório**: criação e experimentação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 374-379.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R., PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 123, p. 407-427, jul/set. 2015.

ARANHA, M. L. M.; JESUS, E. A.; SANTOS, D. R. Serviço Social na contemporaneidade: uma análise do mercado de trabalho e da intervenção profissional do assistente social em Aracaju/SE. **Cadernos UFS**, departamento de Serviço Social. São Cristóvão: Editora UFS, Vol X – Fasc. 1, 2008.

AVILLA, A. L. F. S. O trabalho do assistente social no hospital privado. Londrina, **Anais do II Congresso Internacional de Política e Serviço Social**: Desafios Contemporâneos; III Seminário Nacional de Território de Políticas Sociais; II Congresso de Direito à Cidadania e Justiça Ambiental. 2017, p. 1-12.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, nº 7, p. 2097-2108, 2017.

BRASIL. Organização Internacional do Trabalho – OIT. **Assédio sexual no trabalho**: perguntas e respostas. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_559572.pdf> Acesso em 30 jul. 2018.

_____. Presidência da República, Casa Civil. **Decreto nº 7.602**, de 7 de novembro de 2011, Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF, 7 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm> Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 19 setembro 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. Ministério da Previdência Social. **Lei nº 8.213**, de 24 de julho de 1991, Planos de Benefícios da Previdência Social. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm> Acesso em: 27 jul. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 5**. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Brasília, DF. Disponível em:

<<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR5.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 4.** Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.segurançanotrabalho.eng.br/download/nr_04_completa.pdf> Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 17.** Brasília, DF. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>> Acesso em: 30 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Série A Normas e manuais técnicos, nº 103. **Lesões por Esforço Repetitivo (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).** Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler_dort.pdf> Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília, DF, 23 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218**, de 06 de março de 1997. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf> Acesso em: 20 dez. 2017.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, 17(1). Rio de Janeiro, 2007, p. 77-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312007000100006&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 05 mai. 2018.

CÂMARA, P. C. S. **As condições de trabalho na área de saúde e o processo de adoecimento da(o) assistente social.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, p. 150. 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17925>> Acesso em: 13 dez. 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **Relatório Final:** As causas das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília, 2008.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília, 2010.

_____. **Resolução Nº 493/2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

FAERMANN, L. A.; MELLO, C. C. V. As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 96-113, jan./jul. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

IENTZ, T. C. **Saúde do Trabalhador**: a importância do profissional de Serviço Social no Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, numa lógica interdisciplinar. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 105. 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/104253>> Acesso em: 20 mai. 2018.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, vol. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.

LANZA, L. M. B. et al. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 15, p. 212-220, jul/dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802012000200007> Acesso em: 26 nov. 2017.

MARTINI, D., SOUZA, D., STANG, G. O Serviço Social frente às demandas de assédio moral no trabalho: desafios e perspectivas. Florianópolis, **Anais do II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**, 2017, p. 1-8.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.107, p. 497-508, jul./set., 2011.

BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

MAURÍCIO, J. M. M.; CARVALHO, M. C.; CARMO, R. C. Adoecimento no trabalho e sofrimento social: um estudo preliminar sobre os impactos na saúde do assistente social, Maranhão. **Anais da VIII Jornada Internacional Políticas Públicas**: Um século de reformas e revolução. 2017. p. 1-14.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. (Org.). **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PIANA, M. C. O serviço social na contemporaneidade: demandas e respostas. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389.pdf>> Acesso em: 18 jan. 2018.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, 2016, p. 285-289. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/122/pt-BR/estresse-ocupacional--causas-e-consequencias>> Acesso em 20 jul. 2018.

TRIGO, T. R.; TENG C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista Psiquiatria Clínica** 34, p. 223-233, 2007.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SARRETA, F. O.; NOGUEIRA, D. O. A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais. Minas Gerais, **Anais do 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**: 80 anos de serviço social tendências e desafios, 2016. p. 1-12.

SILVA, O. D.; RAICHELIS, R. O assédio moral nas relações de trabalho do(a) assistente social: uma questão emergente. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 582-603, jul./set. 2015.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além dos plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.103, p. 453-475, jul./set. 2010.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS (org.) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 125-141.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Sr. (a),

Este é um convite para você participar da pesquisa **As condições de saúde dos (as) assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe**, cuja temática envolve saúde do/a assistente social, tem como objetivo Analisar a saúde dos/as assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe. Está sendo executada pela discente **Izadora Rodrigues de Souza**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Vânia Carvalho Santos** oriundas da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. As informações serão colhidas através de perguntas abertas e fechadas num questionário a ser preenchido por você e os/as demais assistentes sociais atuantes no hospital de referência.

Toda pesquisa apresenta riscos / danos, mínimos que sejam, desta forma serão adotadas medidas, providências e cautelas, garantindo o acesso aos resultados individuais e coletivos, minimizando desconfortos, através de local reservado e liberdade para responder questões constrangedoras, estando atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto, garantindo a não violação e a integridade dos documentos, assegurando a confidencialidade e a privacidade, assegurar a inexistência de conflitos de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, assumir o compromisso de comunicar as autoridades os resultados da pesquisa sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima.

Responderá este questionário de acordo com sua disponibilidade **até o dia 31 de agosto de 2018**, de modo a facilitar a realização e sistematização da pesquisa. A distribuição e o recolhimento dos questionários serão realizados através de contato direto em seu local de trabalho. Garanto uma participação com respeito e consideração a sua dignidade humana, assegurando a você o

direito de recusar-se responder a qualquer questão que lhe cause constrangimento de alguma natureza em qualquer momento da pesquisa.

É importante esclarecer que, esta pesquisa poderá proporcionar a atualização do perfil profissional, além de possibilitar a reflexão sobre a saúde dos/as profissionais que atuam neste importante hospital, contribuindo para a melhoria da mesma.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os sujeitos da pesquisa. Você ficará com uma cópia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a responsável pela pesquisa, a pesquisadora Izadora Rodrigues de Souza, no endereço eletrônico social.souza06@outlook.com, celular 079 999165005.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **As condições de saúde dos (as) assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do estado de Sergipe.**

Participante da pesquisa:

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Pesquisador responsável: _____

Izadora Rodrigues de Souza

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO Nº _____

**AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS
ATUANTES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO
DE SERGIPE**

I. Perfil sociodemográfico do (a) assistente social atuante no hospital de referência

1. **Idade:** () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () mais de 51 anos
2. **Estado civil/situação conjugal:** () solteiro (a) () separado(a)/divorciado (a) () com companheiro (a) () casado (a) () viúvo (a) () Outro (a)
3. **Sexo:** () masculino () feminino
4. **Número de filhos (as):** () nenhum () 1-2 () 3-4 () 5-6 () + de 6
5. **Religião:** () nenhuma () umbanda () espírita () católica () protestante () outra. Qual? _____
6. **Raça/cor:** () branca () pardo () indígena () negra
7. **Orientação sexual:** () hetero () homo () bissexual
8. **Renda familiar (em salários mínimos):** () até 3 S/M () de 4 a 6 S/M () de 7 a 9 S/M () acima de 10 S/M
9. **Vínculo empregatício:** () estatutário () celetista () serviço prestado () comissionado
10. **Quantidade de vínculo (s) empregatício (s):** () 01 () 02 () 03
11. **Se mais de um, qual o vínculo empregatício:** () estatutário () celetista () serviço prestado () comissionado
12. **Formação profissional:** () graduação () mestrado () doutorado () especialização
13. **Tempo de trabalho profissional:** () até 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos () de 10 a 15 anos () acima de 15 anos
14. **Tempo de trabalho neste hospital:** () menos de 5 anos () 5 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 ou mais
15. **Exerce função de chefia/coordenação/gerência:** () não () sim, qual? _____
16. **Turno de trabalho neste hospital:** () manhã () tarde () noite () plantonista
17. **Carga horária semanal de trabalho:** () 30h () 40h () 60h

II. Caracterização do ambiente de trabalho

18. **Fatores de riscos ocupacionais:** () biológicos () químicos () físicos () sociais () ambientais () psicológicos
19. **Assinale a (s) atribuição (ões) do espaço sociocupacional em que atua (múltipla escolha)**

() sensibilização sobre os direitos sociais	() encaminhamento de consultas e exames
() divulgação das rotinas institucionais	() comunicação de óbitos
() campanhas de promoção da saúde	() supervisão de estágio em serviço social
() atendimento aos funcionários da instituição	() acolhimento ao paciente e familiares
() realização de atividades em grupos com usuários e familiares	() visita aos leitos

() realização de estudos sobre os usuários e familiares	() emissão de parecer social
() emissão de declaração de comparecimento atendimento de outros profissionais	() evolução de prontuário () Outra(s) _____

20. Em relação as condições de trabalho, atribua uma nota de 1 a 5

	Excelente	Muito bom	Bom	Ruim	Péssimo
Iluminação	5	4	3	2	1
Privacidade	5	4	3	2	1
Ventilação	5	4	3	2	1
Espaço para descanso	5	4	3	2	1
Material de expediente (computador, papel ofício, pastas, caneta, etc.)	5	4	3	2	1
Arquivo	5	4	3	2	1
Silêncio	5	4	3	2	1
Relações interpessoais	5	4	3	2	1
Capacitação profissional	5	4	3	2	1
Interdisciplinaridade	5	4	3	2	1
Cumprimento de protocolos	5	4	3	2	1
Móveis	5	4	3	2	1

21. Sofreu/sofre assédio moral no trabalho? () sim () não

Se sim, por parte de: () chefia superior () chefia imediata () outros

22. Sofreu/sofre assédio sexual? () sim () não

Se sim, por parte de: () chefia superior () chefia imediata () outros

III. Condições de saúde do (a) assistente social

23. Reserva tempo para lazer em seu cotidiano? () sim () não

24. Atividades de lazer que costuma praticar? () ir à praia () assistir filme em cinema () descanso () encontro com amigos () leitura () Outros _____

25. Faz uso de cigarro? () sim () não

26. Faz uso de bebidas alcoólicas? () sim () não

27. Pratica atividade física? () não () sim. Qual? _____ quantos dias por semana? _____

28. Quantas horas costuma dormir diariamente? () 3 a 4 () 5 a 8 () 9 a 12

29. Considera a qualidade do seu sono: () muito boa () boa () regular () ruim () muito ruim () não sei

30. Costuma trabalhar nos finais de semana e feriados? () não () sim, Qual Frequência? _____

31. Considerando todas as atividades profissionais, qual o total de horas dedicadas ao trabalho semanalmente? () 30 a 40h () 40 a 60h () 60 a 80h () não sei

32. Dos agravos a saúde, descritos abaixo, quais já te acometeram neste hospital durante sua prática profissional? () intoxicação ocupacional () acidentes graves () acidentes biológicos () dermatoses () LER/DORT () pneumoconioses () PAIR () transtornos mentais diversos () cânceres ()

) stress () outro (s). Qual (is)

33. Se afastou do trabalho no último ano por motivo de doença? () não () sim, qual foi o motivo do atestado médico/afastamento?

34. Se você tiver sido acometido (a) por alguma doença, você identifica que tem alguma relação com as condições de trabalho, ou seja, com a atividade desenvolvida neste hospital? () sim () não

35. Trabalhou doente no último ano? () não () sim. Quantas vezes? () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou mais

36. Tem usufruído de férias (afastamento de todas as atividades de trabalho) () sim () não

37. Existem dificuldades inter-relacionais com outros profissionais no seu trabalho? () não () sim. Como isso interfere no seu cotidiano?

38. De acordo com a escala abaixo, assinale o grau de importância que o seu trabalho ocupa em sua vida.

menor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maior
importância importância

39. Considera que seu trabalho é: () muito estressante () pouco estressante () estressante () nada estressante

40. De alguma forma seu, trabalho atrapalha/dificulta sua vida social/familiar? () não () sim, por que?

41. Qual grau de motivação em relação ao trabalho neste hospital: () muito motivado (a) () motivado (a) () pouco motivado (a) () nada motivado (a)

42. Quais aspectos contribuem para você se sentir: (múltipla escolha)

Motivado

- () conteúdo do trabalho em si
- () a resolutividade em relação ao usuário do SUS
- () a forma de organização do trabalho
- () o quanto reconhecem/valorizam seu trabalho
- () as relações interpessoais
- () as condições de trabalho
- () a remuneração
- () outros

Desmotivado

- () conteúdo do trabalho em si
- () a resolutividade em relação ao usuário do SUS
- () a forma de organização do trabalho
- () o quanto reconhecem/valorizam seu trabalho
- () as relações interpessoais
- () as condições de trabalho
- () a remuneração
- () outros

43. Tem conhecimento da existência do Programa de Saúde do Trabalhador deste hospital? () não () sim. Utiliza o serviço? () sim () não

44. Caso queira, deixe neste espaço algum fato que considere importante e que não esteja contemplado no questionário sobre saúde, trabalho e atuação do assistente social:

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____, declaro que de livre e espontânea vontade participei da pesquisa.

Local/data: _____

Caso não queira identificar-se, marque o campo seguinte: ()

A pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é Izadora Rodrigues de Souza, do curso de Serviço Social da UFS, campus São Cristóvão SE, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Vania Carvalho Santos e é de caráter sigiloso. Não serão divulgados nomes de participantes.

Agradeço a sua participação nesta pesquisa! Suas respostas subsidiarão minhas reflexões/análise quanto as condições de saúde dos/as assistentes sociais atuantes neste hospital.

9. ANEXOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE

Pesquisador: VANIA CARVALHO SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91413018.0.0000.5546

Instituição Proponente: Departamento de Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.801.691

Apresentação do Projeto:

Este projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como tema As condições de saúde dos/as assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do Estado de Sergipe. Tem como pertinência discutir a saúde do assistente social enquanto trabalhador assalariado propenso aos rebatimentos em sua saúde, contribuir com o conhecimento e fortalecimento da categoria e atuação diária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a saúde dos/as assistentes sociais atuantes em um hospital de referência do Estado de Sergipe.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar sociodemograficamente os/as assistentes sociais atuantes no hospital de referência;
- Identificar aspectos objetivos e subjetivos que influenciam na saúde dos/as assistentes sociais atuantes no hospital de referência;
- Verificar quais as doenças os/as assistentes sociais são acometidos/as com maior frequência; - Distinguir as doenças ocupacionais que afetam assistentes sociais em um hospital de referência do Estado de Sergipe.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

Continuação do Parecer: 2.801.691

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Toda pesquisa apresenta riscos / danos, mínimos que sejam, desta forma serão adotadas medidas, providências e cautelas, garantindo o acesso aos resultados individuais e coletivos, minimizando desconfortos, através de local reservado e liberdade para responder questões constrangedoras, estando atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto, garantindo a não violação e a integridade dos documentos, assegurando a confidencialidade e a privacidade, assegurar a inexistência de conflitos de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, assumir o compromisso de comunicar as autoridades os resultados da pesquisa sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de

saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima.

Benefícios:

Contribuir com a formulação de políticas públicas destinadas a esta temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa do tipo qualitativa de natureza descritiva com 60 assistentes sociais atuantes, uma amostra de no mínimo 70%, do tipo não-probabilística; com questionários semiabertos. Pretende-se realizar a pesquisa em todos os setores que existem assistentes sociais atuando dentro do hospital, a fonte principal de dados serão os funcionários assistentes sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1145394.pdf	28/07/2018 13:23:06		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/07/2018 13:20:33	VANIA CARVALHO SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO.pdf	28/07/2018 13:20:17	VANIA CARVALHO SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.801.691

Investigador	PROJETO.pdf	28/07/2018 13:20:17	VANIA CARVALHO SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/07/2018 13:19:42	VANIA CARVALHO SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	12/06/2018 15:37:49	VANIA CARVALHO SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	06/06/2018 21:15:46	VANIA CARVALHO SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 06 de Agosto de 2018

Assinado por:

Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br